

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

№ 5
октябрь 2009

Лечение аденомиоза

Терапия бактериального вагиноза

Интерферонотерапия неспецифических вагинитов

Тема номера:

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

MoliMed®

Урологические прокладки

Незаметное решение
деликатной проблемы

MoliMed® помогает
чувствовать себя уверенно и
вести активный образ жизни,
не меняя прежних привычек



Показания к применению:

- Недержание мочи
- Критические дни
- До и после родов
- После оперативных вмешательств

3-х слойная впитывающая подушка

Полное впитывание и равномерное
распределение жидкости, кожа
остается сухой



Изготовлено из дышащего материала

Уменьшает парниковый
эффект



Дерматологически протестировано



Нейтрализация запаха

Запах удерживается
молекулой CyDex

Антибактериальный эффект

Сохранение благоприятного
для кожи pH 5,5



Бесплатная горячая линия: 8 800 505 12 12
www.paulhartmann.ru; www.molimed.ru





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:



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



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

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

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

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

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

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

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

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

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

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

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

Специализированное распространение:

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

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

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

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



Редакция журнала

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

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

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 106-770511 от 08.09.2005 г.

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

№ 5 октябрь 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: гормональная контрацепция

Н.В. Аганезова

Современная женщина и индивидуальный подход к выбору метода контрацепции **6**

бактериальный вагиноз

Ю.Э. Доброхотова, И.И. Гришин

Современные аспекты терапии бактериального вагиноза **14**

терапия аденомиоза

Л.Ю. Карахалис, О.К. Федорович, И.Б. Васина, И.Ю. Червонная

Влияние патогенетически обоснованной терапии аденомиоза на его течение **22**

стандарты лечения

В.Н. Серов, В.Л. Тютюнник, Т.Э. Карапетян, Г.Р. Байрамова

Эффективность применения препарата Кандид при вульвовагинальном кандидозе **30**

клинические исследования

И.Б. Манухин, М.А. Царькова

Роль интерферонотерапии в лечении неспецифических вагинитов **36**

форум (конференции, выставки, семинары)

Безопасность лекарств и фармаконадзор **42**

опыт регионов

«Каждая жизнь – бесценна, жизнь матери и ее ребенка – бесценны вдвойне».

Интервью с главным акушером-гинекологом

Министерства здравоохранения и социального развития

Республики Калмыкия Т.Г. Цакировой

44

Сырое молоко может вызвать серьезное осложнение беременности

Химическое соединение, содержащееся в непастеризованной пище, обнаружено в необычайно высоком уровне в эритроцитах крови беременных женщин с диагностированной преэклампсией – серьезным осложнением беременности, чреватым сердечными проблемами. Ученые полагают, что вещество под названием эрготионеин может являться предпосылкой развития преэклампсии, причины которой в настоящее время неизвестны.

Медики из Университета Лидса взяли образцы крови у группы беременных женщин. У пациенток с признаками преэклампсии были найдены более высокие концентрации в крови эрготионеина. Вещество образуется микроорганизмами в таких пищевых продуктах, как непастеризованная молочная продукция. Эрготионеин не может быть синтезирован в человеческом организме и начинает жить в наших клетках исключительно из-за определенных продуктов

в рационе питания.

Ранее эрготионеин считался антиоксидантом, наоборот полезным в сокращении риска преэклампсии. Тем не менее, британские микробиологи подозревают, что условие может быть вызвано и высоким употреблением непастеризованных молочных продуктов. Беременные женщины с высокими уровнями идентифицированного вещества имели завышенное артериальное давление. Пока не будет установлена точная связь между концентрациями эрготионеина и преэклампсией, специалисты рекомендуют беременным женщинам не употреблять необработанные молочные продукты, например парное молоко. Врачи предупреждают, что при отсутствии лечения преэклампсия вызывает целый ряд проблем со здоровьем, включая ограничение роста младенца и высокий риск материнской смертности.

Источник: *Ami-tass.ru*

Нетрадиционная медицина мешает лечению бесплодия

Датские ученые обнаружили, что использование методик альтернативной медицины существенно снижает вероятность успеха при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО).

Алекс Поляков и Беверли Волленховен из ресурса Faculty of 1000 Medicine проанализировали данные 700 пар, воспользовавшихся ЭКО на протяжении 12 мес. Оказалось, что у женщин, обращавшихся к методикам альтернативной медицины, таким как рефлексология, акупунктура, лечение травами и ароматерапия, вероятность успеха при ЭКО на 30% ниже, чем у женщин, которые к подобному лечению не прибегали.

Природа подобной взаимосвязи пока неясна. Возможно, она обусловлена непосредственным эффектом альтернативной терапии. Однако не исключено, что нетрадиционными методами лечения больше склонны пользоваться женщины с более серьезными нарушениями детородной функции, у которых вероятность успеха ЭКО ниже изначально.

В любом случае, до тех пор, пока механизмы влияния альтернативной медицины на результаты ЭКО не установлены, исследователи посоветовали репродуктологам включить в консультирование бесплодных пар по вопросам ЭКО рекомендацию воздерживаться от подобных терапевтических методик.

Источник: *Medportal.ru*

Впервые в Европе матку удалили через пупок

Британские хирурги провели первую в Европе операцию по удалению матки с доступом через пупок. Операцию в Клинике Лондона выполнил хирург Томас Инд. Техника операции с использованием одного разреза существенно снижает ее травматичность, кроме того, доступ через пупок позволяет скрыть косметический дефект (шрам), который остается после вмешательства. Ранее указанный метод использовался британскими хирургами для удаления аппендикса, желчного пузыря, поврежденных почек и кист яичников.

Первой пациенткой, которой была выполнена операция по удалению матки с доступом через пупок, стала 46-летняя жительница английского графства Суррей. Женщина, которая в течение нескольких лет страдала аденомиозом, обратилась за хирургической помощью по поводу постоянной боли в области таза. В ходе операции пациентке удали матку вместе с шейкой, а также яичники.

Источник: *Medportal.ru*

Искусственное оплодотворение нарушают работу генов, ответственных за обмен веществ

Американские ученые обнаружили, что искусственное оплодотворение нарушает работу генов, ответственных за обмен веществ и транспорт питательных соединений (нутриентов) в плацентах мышей. Результаты исследования помогают понять, почему дети из пробирки чаще страдают обменными нарушениями, такими как ожирение, артериальная гипертензия и повышенный уровень глюкозы в крови.

Для выяснения действия искусственного оплодотворения на обмен веществ потомства ученые из Университета Джона Хопкинса, а также Университетов Цинциннати и Гавайев изучили активность генов, играющих ключевую роль во внутриутробном питании ребенка, в плацентах трех групп мышей.

Животные из первой группы забеременели естественным путем, из второй – с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), а из третьей – с помощью интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов (ИКСИ). У всех мышей оценивалась активность генов, кодирующих инсулиноподобный фактор роста 2 (Igf2) и переносчики глюкозы 1 и 3 (Glut1 и Glut3).

Оказалось, что ЭКО и ИКСИ существенно повышают экспрессию Glut1 и Glut3 по сравнению с естественным зачатием, что изменяет процессы транспорта питательных веществ через плаценту. Это может объяснить повышенную частоту обменных нарушений у детей из пробирки, внутриутробно получавших несбалансированный набор нутриентов.

Источник: *Medlinks.ru*

Препараты, назначаемые после родов, сокращают выработку молока у женщины

Препараты, которые обычно назначают для предотвращения кровотечения после родов, могут препятствовать способности женщины кормить ребенка грудью, сообщили британские ученые.

В исследовании приняли участие 48000 рожавших женщин из Южного Уэльса. Оказалось, что использование фармацевтических препаратов, таких как Окситоцин или Эргометрин, сокращает производство молока на 7% у тех женщин, которые начали кормить грудным молоком в течение 48 ч. после родов. Среди женщин, которые не принимали препаратов, кормить грудью в течение 48 ч. начали 65,5%,

среди тех, кто принимал Окситоцин – 59,4%, а среди тех, кто получал инъекцию Эргометрина – 56,4%.

Результаты исследования помогли понять, почему ограничен успех попыток увеличить число кормящих грудным молоком матерей в Великобритании. Министерство здравоохранения рекомендует матерям кормить малышей грудью минимум до 6 мес. для укрепления здоровья детей и матерей. Однако в Великобритании только 45% матерей кормят своих детей грудью в течение первой недели жизни, а остальные используют искусственные молочные смеси.

Источник: Medicinform.net

Клинические испытания вагинального гелевого презерватива

Специалисты научного центра американского штата Юта, который считается центром мормонства (направление христианства допускающего полигамию), презентовали свое изобретение – презерватив из геля.

Ученые считают, что их патент может эффективно обеспечивать защиту не только от нежелательной беременности, но и воспрепятствовать распространению половых инфекций.

Одним из главных преимуществ гелевого презерватива является то, что использовать его должен не мужчина, а женщина.

По словам медиков из Университетской клиники, созданный ими гель при введении во влагалище способен образовать тонкую пленку, которая защитит от всех нежелательных побочных эффектов полового акта.

Разработка американских специалистов находится на этапе клинических испытаний. В случае успеха, в продаже гель может появиться через 3-5 лет.

Источник: MIGnews.com

Поздняя беременность

Группа ученых из Кембриджского университета, доказала, что поздняя беременность может быть опасна для матери, если это ее первые роды. Ученые обследовали 3739 женщин, впервые ставших матерями. Исследование показало, что женщинам, у которых менструация началась рано, с большей вероятностью понадобится при родах использование хирургических щипцов или кесарева сечения. Однако если первая беременность произошла рано, то эта зависимость отсутствует.

По данным ученых, средний возраст начала менструации – 13 лет. Раннее начало менструации особенно характерно для невысоких полных девочек. Согласно исследованию, лишь 26,9% женщин, у которых менструация началась не ранее 15 лет, потребовалась специальная медицинская помощь при родах. Тем, кому во время начала менструации было 12 или менее лет, при поздней беременности помощь понадобилась в 32,4% случаев.

Надо заметить, что не только у женщин откладывание беременности на более поздний возраст может окончиться не слишком хорошо. Оказалось, что у мужчин 30-35 лет вероятность зачать ребенка составляла 13,6%, тогда как после 45 она снижается почти на треть – до 9,3%. Согласно исследованию, после 35 лет качество спермы ухудшается, что может привести к осложнениям при вынашивании ребенка вплоть до выкидыша. Вероятность невынашивания на 75% больше у женщин, зачавших от мужчин старше 35 лет.

Источник: Inauka.ru

Нерегулярный менструальный цикл иногда связан с остеопенией

Молодые женщины с дефицитом эстрогенов имеют более низкую минеральную плотность кости, чем женщины с регулярными месячными, установили ученые.

В поперечном исследовании, доктор Вайсхали Попат и коллеги (National Institutes of Health in Bethesda, Maryland) сравнили плотность кости и факторы риска остеопении у 442 молодых женщин с первичным яичниковым дефицитом, 70 женщин с нормальной функцией яичников, и 353, соответствующих по возрасту пациенток из «National Health and Nutrition Examination III» (NHANES III).

Среди женщин с первичным яичниковым дефицитом средний возраст при первом нерегулярном менструальном цикле составлял 25 лет, примерно с одной третьей женщин, имеющих нерегулярные периоды до возраста 20 лет. Средний интервал от первой нерегулярности менструального цикла до постановки диагноза составлял 4,4 года, и средний возраст на момент диагноза – 28,9 лет.

Между началом нерегулярности менструального цикла и регистрацией в исследовании, пациентки с первичным яичниковым дефицитом прошли в среднем 2,8 лет без заместительной гормональной терапии.

Ученые сделали вывод, что женщины с первичным яичниковым дефицитом имели в среднем на 2-3 % более низкую минеральную плотность кости поясничного отдела позвоночника, шейки бедра, и полных измерениях бедра, по сравнению с контрольной группой.

Кроме того, риски снижения Z-счета до 2 были в 2,72 раза выше у пациенток, чьи нарушения менструального цикла начались до 20 лет, и в 1,96 раз выше у женщин, диагноз которых был отсрочен более чем на год.

Количество времени без гормональной заместительной терапии было также существенным фактором риска для уменьшения плотности кости.

Источник: Солвей Фарма

Н.В. АГАНЕЗОВА

К.М.Н.

Санкт-Петербургская
Медицинская академия
последипломного
образования

Современная женщина и индивидуальный подход к выбору метода контрацепции

Предохранение от нежелательной беременности направлено на снижение количества искусственных абортс и связанных с ними возможных дальнейших нарушений в репродуктивной сфере женщин. Несмотря на ощутимый прогресс в работе по планированию семьи, проблема большого количества искусственных прерываний беременности является актуальной для России.

Показатель количества искусственных абортс на каждую 1000 женщин фертильного возраста в России остается одним из самых высоких в мире и составляет 33,3 (2007г.) (19, 20). Вопросы, решаемые в сфере планирования семьи, являются важным аспектом профилактического направления медицины, и в частности, сохранения репродуктивного здоровья женщины. Некоторые методы контрацепции оказывают защитное действие в отношении ряда соматических заболеваний, а также имеют дополнительные лечебные эффекты.

Варианты существующих возможностей предохранения от беременности разнообразны. Используются как гормональные (кольцо, пластырь, КОК, внутриматочная гормональная рилизинг-система), так и негормональные (металлосодержащие ВМС, барьерные, естественные, стерилизация) методы контрацепции. Консультирование по вопросу предохранения от нежелательной беременности заключается в формировании у пациентки (или пары) добровольного сознательного информированного выбора метода

контрацепции с позиций надежности, безопасности, приемлемости в каждом индивидуальном случае. На выбор метода контрацепции влияет большое количество факторов, связанных как с самой пациенткой (медицинский статус, психосоциальные особенности, собственные предпочтения, контрацептивный опыт, наличие ложных страхов и т.д.), так и с характеристиками метода контрацепции (режим применения контрацептивного средства, простота использования, наличие побочных эффектов, стоимость, доступность и т.д.). Предоставляя информацию о методах контрацепции, врач может помочь женщине преодолеть множество мифов и предрассудков, а также выберет эффективное средство контрацепции с высокими шансами правильного (корректного) применения контрацептива.

В настоящее время требования к эффективному консультированию по вопросам планирования семьи возросли в связи с изменением социального статуса женщины в обществе, усилением информационных потоков, расширением спектра методик контрацепции. Учет психосоциальных характеристик необходим для обеспечения индивидуального подхода к консультированию конкретной женщины по вопросам выбора метода контрацепции.

Роль женщины в современном мире, а также ее жизненные приоритеты существенно отличаются от таковых 20-30 лет назад. Для современной женщины стали чрезвычайно важны образование и карьера. По данным Организации экономи-

ческого сотрудничества и развития (ОЭСР), в 19 из 30 входящих в ОЭСР стран, число женщин, получивших высшее образование в возрастной группе 25-34 года, более чем в 2 раза превысило аналогичный показатель в возрастной группе 55-64 года (20). В 21 из 27 входящих в ОЭСР стран число, окончивших университет женщин, такое же, как и число выпускников мужского пола, либо даже превышает его. По мнению А. Webb (2002г.), больше всего женщины хотят установить хорошие отношения с окружающими их людьми (13). Они стремятся, чтобы их интеллектуальные ресурсы были востребованы. Женщины хотят быть частью чего-то большого и важного. Все чаще в связи с желанием закончить учебу и найти престижную работу срок первых родов приходится на возраст, близкий к 30 годам, после 30 лет. Очевидно, что существует достаточно большой временной отрезок, когда женщины, ведущие активную половую жизнь, не планируют рожать детей. Таким образом, задача консультанта учесть данную современную особенность и помочь выбрать высоконадежный, обратимый и безопасный метод контрацепции на этот период времени, не вдаваясь в рассуждения, основанные, возможно, на иных взглядах на жизнь («лучше рожать раньше», «карьера никуда не денется», «у всех в этом возрасте уже...» и т.д.).

В настоящее время вопрос планирования семьи все чаще зависит от отношений с половым партнером, причем как с психосоциальной, так

и с медицинской точки зрения. Сам характер отношений с партнером (официальный брак, гражданский брак, «гостевой» брак, случайные связи т.д.) может влиять на выбор контрацепции. Кроме того, вопросы деторождения все чаще обсуждаются в партнерском тандеме (независимо от формы проживания), на выбор метода контрацепции может влиять мнение мужчины. Бывает, что женщина, несмотря на собственные приоритеты, останавливает выбор на методе предохранения от нежелательной беременности, который отвечает пожеланиям полового партнера. Учет данных обстоятельств способствует повышению эффективности консультирования. Существенное значение, безусловно, имеют постоянство и регулярность сексуальных отношений с партнером, наличие более одного полового партнера. С точки зрения сохранения репродуктивного здоровья эти обстоятельства обуславливают непреходящую актуальность рекомендации по использованию средств контрацепции (в том числе в качестве дополнительных), обеспечивающих защиту от инфекций, передающихся половым путем. Таким образом, статус отношений в паре – фактор, который необходимо учитывать для индивидуализации консультирования по вопросам планирования семьи.

Одной из особенностей современной жизни является широкий доступ к информационным ресурсам. Женщины прибегают к поиску информации, позволяющей улучшить качество их жизни; принимают участие в жизни социальных сетей для обмена знаниями, опытом и оказания поддержки друг другу (например, блоги, чаты); широко используют Интернет-ресурсы (Weiss E, et al., 2003г.) (18). Последние позволяют получить сравнительно простой и удобный доступ к информационным ресурсам по всему миру, являются основным источником информации о здоровье среди женщин, открывают широкие коммуникативные возможности для женщин по поводу заботы о своем здоровье (14). Однако, несмотря на информированность современной женщины, остается открытым вопрос о каче-

стве и достоверности полученной информации, в том числе вопроса контрацепции. Нередко у пациентов формируются ложные представления о том или ином методе предохранения нежелательной беременности только потому, что кто-то в Интернет-форуме поделился своим не слишком удачным опытом или высказал свои бытовые суждения. Л. Сперофф, Ф.Д. Дарни (2009г.) отмечают, что основной проблемой в США является преобладание неправильного представления о контрацепции даже среди хорошо образованных женщин (2). Задача консультанта выявить: степень и качество информированности женщины по вопросам планирования семьи, страхи/предубеждения (нередко ложные), сомнения по поводу эффективности метода и его влияния на здоровье, удовлетворенность предшествующим опытом использования контрацепции (если он есть). После выяснения потребностей дать понятную информацию о современных методах контрацепции.

Индивидуальный подход к консультированию по вопросам планирования семьи включает в себя оценку жизненного периода женщины на момент консультирования. В различные моменты жизни существуют разные потребности в тех или иных средствах контрацепции. В начале сексуальных отношений нередко предпочитают использование ситуативной контрацепции (например, презерватив) (9). Частота использования презервативов снижается при возрастании частоты использования оральных контрацептивов (особенно с постоянным партнером). Частое использование презервативов характерно при нерегулярных отношениях, вне зависимости от применения гормональной контрацепции. Потенциальный риск заражения инфекциями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцией, обуславливают более лояльное и доброжелательное отношение к презервативам (2, 9).

Не менее деликатным считается вопрос консультирования девушки-женщины в такой жизненный период, как подростковый. Основными

требованиями к контрацепции для девушек-подростков являются: безопасность (отсутствие негативного воздействия на организм), надежность, обратимость и защита от ИППП. Подростки, как правило, не имеют серьезных проблем со здоровьем, но имеют ряд социально-психологических особенностей: высокие требования к приемлемости метода контрацепции (нежелание мириться с побочными эффектами), цене, конфиденциальности метода и т.д. Кроме того, подростков необходимо мотивировать использовать средства защиты от инфекций, передающихся половым путем, и особо акцентировать внимание на соблюдении режима применения метода. Зачастую подростки недостаточно дисциплинированы, поэтому эффективное использование методов, требующих ежедневного приема препаратов не всегда возможно. Более подходящим будет средство с ежемесячным режимом применения. Существенная информированность современных подростков сочетается с отсутствием контрацептивного опыта и достаточного опыта сексуальных отношений. Уважительное отношение, чрезвычайно корректные формулировки, доверительная обстановка – необходимые характеристики консультирования по вопросам планирования семьи, особенно важные при консультировании подростков. Цена аборта при отсутствии контрацепции или неправильном ее использовании в подростковом возрасте может быть слишком высока.

Особым жизненным периодом женщины является послеродовой период. Риск беременности присутствует у женщин в период грудного вскармливания даже при отсутствии менструаций (возникновение беременности у 0-7,5% женщин); имеет место риск снижения количества грудного молока и ухудшения его качества при использовании эстрогенсодержащих препаратов (7). Поэтому консультант должен сосредоточиться в этот период на информации о препаратах, содержащих только прогестин (например, Чарозетта®), или на негормональных методах контрацепции.

Со временем возможны измене-



ния потребности в контрацептивных средствах. При достижении поставленных целей (завершение образования, устройство карьеры или установление долговременных отношений с партнером) наиболее популярным и часто используемым методом контрацепции в различных группах женщин в мире является гормональная (чаще оральная) контрацепция (9). При окончательном формировании стиля жизни, выполнении репродуктивных планов замужние женщины по всему миру отдают предпочтение стерилизации. Переход на долговременную контрацепцию (ВМС, стерилизацию) наиболее распространен среди замужних женщин старше 35 лет. В то время как одинокие женщины предпочитают презервативы и оральные контрацептивы (9).

Женщины после 35 лет требуют особого внимания консультанта при выборе средства предохранения от беременности. В данном случае, более чем ранее, на выбор метода контрацепции, помимо всего прочего, в большей степени, чем ранее, влияют особенности состояния здоровья женщины, которые требуют тщательной оценки. В этом случае тесно переплетаются психосоциальные и медицинские аспекты консультирования по вопросам планирования семьи. При консультировании такой пациентки (после 35 лет) специалисту крайне важно выбирать максимально корректные формулировки, избегая определений «старший возраст», «пожилая женщина». Успешная, социально реализованная, уважаемая, ухоженная женщина, которая, безусловно, чувствует себя молодой, может просто не захотеть решать вопросы по выбору или смене метода контрацепции с консультантом, который назвал ее «женщиной пожилого или старшего репродуктивного возраста». Более того, пациентка может не захотеть решать данные вопросы с медработником. Некомпетентное самостоятельное решение вопроса контрацепции или отказ от использования предохранения от нежелательной беременности может привести к риску для здоровья. Это может быть использование небезопасных средств контрацепции,

обращение для выполнения искусственного аборта.

Профессиональный консультант всегда учитывает индивидуальные характерологические особенности женщины. Если пациентка готова использовать комбинированные контрацептивы, но сомневается, какому режиму отдать предпочтение, возможно, решающим будет индивидуальный стиль жизни женщины. Активная, занятая бизнес-леди или творческая личность с нестабильным графиком работы, нередко забывающая обычные мелочи, вряд ли успешно будут использовать оральные контрацептивы, требующие ежедневного четкого приема. Таким женщинам, скорее всего, подойдет ежемесячный, влагалищный режим использования эстрогенгестагенного препарата (влагалищная рилизинг-система НоваРинг).

Наоборот, ответственная офисная служащая или домохозяйка могут выбрать любой, в том числе ежедневный, режим применения комбинированных контрацептивов. Полезно после инструктирования снабдить женщину памяткой, листовкой об особенностях применения средства контрацепции и мерах при нарушениях режима его использования. Акцент в отношении режима применения комбинированных и чисто прогестиновых оральных контрацептивов важен. Нарушения правил приема этих контрацептивных средств приводят к незапланированной беременности, причем женщины об этом не всегда задумываются. По данным I. Lete и соавт.(2008г.), по сообщению самих женщин в Европе и США иногда или часто пропускают прием таблетки 50% женщин, около 55% женщин иногда или часто принимают таблетку позже. Несвоевременное наложение/удаление пластыря (иногда или часто) отмечают 28-30% пациенток (8). Меньше всего сообщений о несвоевременном введении/удалении влагалищного кольца: только 16-18% женщин сообщили об этом, причем никто не отметил, что это бывает часто, все использовали формулировку иногда. Очевидно, что индивидуальный подход к консультированию предполагает учет характерологических

особенностей женщины и в отношении предпочтений режима использования контрацептивов.

Профессор Йоханнес Хюбер, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии (отделение гинекологии, эндокринологии и репродуктивной медицины, Венский Университет (2009г.)), рассматривает характеристики женщины, включающие социальные и культурные особенности: язык, религию, цели (карьера, путешествия, образование), характер отношений с партнером (стабильные отношения, постоянная смена партнеров, начало половой жизни, кризис отношений, отсутствие отношений), жизненный период (подростковый, послеродовой период, перименопауза), как одну из многогранных сторон контрацептивного треугольника (6). Его необходимо построить в каждом случае индивидуально, чтобы процесс консультирования был завершенным и максимально эффективным.

Другой стороной условного контрацептивного треугольника является учет статуса, профиля женщины с точки зрения выбора контрацептивного метода (6). Данная сторона включает субъективный и объективный аспекты. Субъективная часть отражает пожелания женщины, ее ценности, взгляды, принципы в отношении метода предохранения от нежелательной беременности. Современная женщина приветствует простоту и невысокую стоимость способа предупреждения нежелательной беременности, отсутствие вмешательства в половой акт, высокую надежность, отсутствие непредвиденных кровотечений, обратимость эффекта. Thompson (2006 г.) приводит данные опроса, в котором приняли участие 1117 жительниц США (12). В данном опросе были выявлены характеристики, которые ожидают женщины от контрацептивного средства. Рейтинг необходимых характеристик контрацептивного средства был следующим: невысокая стоимость (97%), минимальное количество побочных эффектов (94%), простота использования (94%), регуляция цикла (92%), отсутствие ежедневного приема (90%), эффективность при низкой дозе гормонов (88%),



Однажды попробовав НоваРинг®, ОНА БУДЕТ ВЕРНА ЕМУ



НоваРинг® для Женщины:

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

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

НоваРинг® для Врача:

- Единственный ежемесячный контрацептив
- Высокий уровень соблюдения режима использования⁶
- Минимум побочных эффектов⁷
- Низкий процент отказа⁵

НоваРинг®

Состав и действие: НоваРинг® ежедневно выделяет 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела. **Показания:** контрацепция. **Противопоказания:** тромбоз в настоящее время и в анамнезе, тяжелые заболевания печени, опухоли печени, мигрень, сопровождающаяся неврологической симптоматикой, гормонозависимые злокачественные опухоли, аллергия к любому из компонентов НоваРинга, беременность, период лактации, влагалищное кровотечение неясной этиологии, диабет с сосудистыми осложнениями. **Побочные эффекты:** в редких случаях возможны такие побочные эффекты, как тошнота, изменения массы тела, нагрубание молочных желез, изменения настроения. Эти явления могут появиться в первые месяцы приема и обычно проходят сами собой. **Режим применения:** одно кольцо рассчитано на один цикл. В течение трех недель НоваРинг® находится во влагалище, затем он удаляется и делается 7-дневный перерыв. После 7-дневного перерыва вводится следующее кольцо. **Как начать применение:** если женщина не пользовалась гормональной контрацепцией, она должна ввести НоваРинг® с 1 по 5 день менструации. При этом в течение первых 7 дней первого цикла применения НоваРинга необходимо использовать презерватив. В следующих циклах нет необходимости в дополнительной контрацепции.

Литература

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

 Schering-Plough

ООО «Шеринг-Плау»
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2
тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94

Ru.08.NR.15 12/08.


НОВАРИНГ® 
15 мкг этинилэстрадиола/
120 мкг этоноргестрела в сутки

Рисунок 1. Таблица оценки пациентки для гормональных методов контрацепции (выявление противопоказаний)

ФИО _____
 Полных лет _____
 Домашний адрес _____
 Телефон _____
 Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение Вам подходит (соответствует Вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «да» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение Вам не подходит, заполните строчку в столбце «нет».

Если утверждение Вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у Вашего врача.

От правильности и достоверности данных Вами сведений зависит, прежде всего, безопасность выбранного метода контрацепции.

№	Утверждения	Да	Нет
1	вам 35 лет и более, вы курите		
2	вы кормите ребенка грудью, и прошло менее 6 мес. после последних родов		
3	вы не кормите ребенка грудью, но после последних родов прошло менее 3 недель		
4	ваше артериальное давление (АД) более 140/90 мм.рт.ст. (т.е. у вас гипертоническая болезнь)		
5	инфаркт, ИБС (ишемическая болезнь сердца) в анамнезе		
6	у вас был ранее инсульт (кровоизлияние в головной мозг)		
7	заболевания клапанного аппарата сердца (легочная гипертензия, бактериальный эндокардит в анамнезе и т.д.)		
8	сильные головные боли (мигрени) с нарушением зрения		
9	сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения, и вам 35 лет и более (оба условия д.б. одновременно)		
10	у вас были ранее тромбозы глубоких вен и/или тромбозы легочной артерии		
11	вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), прошло менее 3 мес. после выздоровления		
12	вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), показатели работы печени не в норме (вы сдаете анализы и наблюдаетесь у терапевта, гепатолога или инфекциониста)		
13	цирроз печени		
14	любые опухоли печени		
15	у вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые вас беспокоят и требуют приема лекарств		
16	у вас была желтуха при использовании гормональных противозачаточных средств ранее		
17	сахарный диабет (длительность более 20 лет и/или наличие сосудистых осложнений и/или поражение почек, органов зрения, центральной нервной системы)		
18	рак молочной железы ранее и/или в настоящее время		
19	вы принимаете противосудорожные (фенитоин, карбамазепин, барбитураты и др.) или противотуберкулезные (рифампицин) препараты		
20	у вас при специальном обследовании когда-либо были выявлены генные мутации (изменения генов), свидетельствующие о вероятности повышенного свертывания крови (мутация фактора V Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина С и S, недостаточность антитромбина)		

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю:

Подпись пациентки _____
 (расшифровка подписи _____)
 Подпись врача/медсестры _____
 Дата заполнения: _____

стабильное поступление гормонов в организм (87%), улучшение состояния кожи (84%), ежемесячный прием (86%), еженедельный прием (73%), ежедневный прием (40%). Учет пожеланий женщины способствует повышению мотивации консультирования.

Объективный аспект оценки профиля женщины включает определение рисков для здоровья в связи с выбором метода контрацепции.

Консультант выявляет противопоказания к методу контрацепции (на основании медицинских критериев приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004г.), оценивает объективные показатели; по необходимости рекомендует дополнительное обследование.

Общие противопоказания по применению комбинированных контрацептивов включают: наличие венозной тромбоэмболии в анам-

незе, заболевания коронарных сосудов, сосудов головного мозга, рак молочной железы, мигрени с неврологической симптоматикой, курение в возрасте старше 35 лет, стойкую артериальную гипертензию и некоторые другие (3). Кроме того, Американский колледж акушерства и гинекологии (АКАГ) предостерегает, что женщины старше 35 лет, имеющие индекс массы тела более 30, должны избегать приема эстрогенсодержащих контрацептивов (КОК, пластырь и кольцо) (14). Для таких женщин, в случае потребности в краткосрочных методах контрацепции, предпочтение нужно отдавать методам с применением прогестагенной контрацепции (прогестагенсодержащие оральные контрацептивы – Чарозетта®) или внутриматочным средствам.

Особое внимание уделяется состоянию здоровья женщин старшего репродуктивного возраста. В том случае, если у женщин после 35 лет нет противопоказаний к комбинированным гормональным контрацептивам, и выбран именно этот метод, предпочтение необходимо отдавать средству с минимальной гормональной нагрузкой, особенно по эстрогенному компоненту (влагалищное контрацептивное кольцо). При использовании влагалищной релизинг-системы уровень циркулирующего эстрогена, определенный на основании анализа площади под кривой концентрация-время (AUC), составляет лишь половину того, что наблюдается при употреблении комбинированных контрацептивов (16). Исследования по продленному использованию вагинального кольца показали, что его непрерывное использование в течение 12 мес. безопасно и эффективно (17), что может способствовать его более постоянному применению.

Популярность влагалищного контрацептивного кольца продолжает увеличиваться, так как все больше женщин открывают для себя простоту его использования, низкую частоту побочных явлений, а также хороший контроль цикла (15). Наличие образца кольца в кабинете врача может способствовать повышению к нему интереса со стороны

пациенток. Женщинам необходимо показать, что кольцо не вызывает дискомфорта, что оно остается на месте, а также то, что они сами могут легко вводить и удалять кольцо.

Учитывая, что медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (в том числе комбинированные контрацептивы) достаточно многочисленны, для повышения безопасности использования метода и для более продуктивной работы удобно использовать различные оценочные таблицы, которые может заполнять и консультант, и сама пациентка (см. рисунки 1, 2) (1).

В данный опросник (см. рисунок 1) включены абсолютные (ВОЗ, 2004 г., категория IV) и относительные (ВОЗ, 2004 г., категория III) противопоказания к использованию комбинированных гормональных контрацептивов.

Если пациентка отвечает отрицательно на все утверждения таблицы (рисунок 1) и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу.

Ответ положительный исключает возможность использования комбинированных контрацептивов.

Необходимо помнить, что наличие у пациентки сочетанных факторов сердечно-сосудистых заболеваний (возраст 40 лет и более, ожирение (ИМТ > 30), диабет, гипертензия) в количестве 2 и более также являются противопоказанием при назначении комбинированных контрацептивов.

В следующий опросник (см. рисунок 2) включены состояния, относящиеся к категории II (ВОЗ, 3-й пересмотр, 2004 г.), к использованию комбинированных гормональных контрацептивов.

Если пациентка отвечает отрицательно на все утверждения таблицы (рисунок 2) и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу и выбору контрацептивного средства. При этом требуется обследование из категории min (Приказ № 50 МЗ РФ, 2003 г.).

Ответ положительный предусматривает необходимость дополнительных обследований из категории max (Приказ № 50 МЗ РФ, 2003 г.) по усмотрению врача. ➡

Рисунок 2. Таблица оценки пациентки для гормональных методов контрацепции (необходимость дополнительных обследований, консультирования или наблюдения при использовании метода контрацепции)

ФИО _____
 Полных лет _____
 Домашний адрес _____
 Телефон _____
 Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение вам подходит (соответствует вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «да» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «нет».

Если утверждение вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у вашего врача.

От правильности и достоверности данных вами сведений зависит, прежде всего, безопасность выбранного метода контрацепции.

№	Утверждения	Да	Нет
1	вы кормите ребенка грудью, прошло более 6 мес. после последних родов		
2	вам более 40 лет		
3	у вас было повышение артериального давления (АД) во время беременности (сейчас АД в норме)		
4	поражение клапанов сердца (неосложненное течение)		
5	тромбофлебит поверхностных вен в анамнезе		
6	сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения, вам менее 35 лет (оба условия д.б. одновременно)		
7	сахарный диабет неосложненный (длительность менее 20 лет, нет сосудистых осложнений, нет поражения почек, органов зрения, центральной нервной системы)		
8	у вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые вас не беспокоят и не требуют приема лекарств		
9	у вас удален желчный пузырь		
10	у вас была желтуха (холестаз) при беременности		
11	вам менее 35 лет и вы курите		
12	кровотечение из влагалища неясной причины		
13	медрабботником или вами самой обнаружено уплотнение в молочной железе (характер не ясен)		
14	вам поставлен диагноз дисплазия или рак шейки матки (нужно подчеркнуть)		
15	У вас избыток массы тела (рост — , масса тела —)*		
16	у вас установлен диагноз гиперлипидемия (в т.ч. повышен холестерин)		
17	у вас установлен диагноз серповидно-клеточная анемия		
18	у вас планируется операция в ближайшие 6 мес.		
19	вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции (СПИД)		
20	отягощенный семейный и/или акушерский анамнез		
	у вас были повторные замершие (неразвивающиеся) беременности (или внутриутробные гибели плодов)		
	у вас была эклампсия или другие формы тяжелого позднего токсикоза беременности		
	у вас были повторные преждевременные отслойки плаценты		
	у вас был поставлен диагноз антифосфолипидный синдром		
	у вас был тромбоз вен при беременности		
	в анамнезе была внезапная смерть новорожденного		
	у вас при небольшой травме или воспалительном процессе отмечался тромбоз ближайшей подкожной вены		
	у близких родственников (родителей, братьев, сестер, родных тетей и дядей) были инсульт или инфаркт миокарда в возрасте до 45 лет		
	у близких родственников были тромбоз глубоких вен или тромбоз легочной артерии		
	у близких родственников обнаружены врожденные дефекты свертывающей системы крови (склонность к повышенному свертыванию крови)		

Примечание: ИМТ (индекс массы тела) – масса тела в кг/рост в м² (рассчитывается врачом).

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю:

Подпись пациентки _____
 (расшифровка подписи _____)
 Подпись врача/медсестры _____ (_____)
 Дата заполнения: _____

Использование оценочных таблиц (рисунки 1, 2) дает возможность улучшить ведение документации в акушерско-гинекологических учреждениях амбулаторного звена. Наличие личной подписи пациентки в конце заполненной таблицы позволяет рассматривать данные формы как дополнение к информированному согласию для использования метода контрацепции. В случае возникновения неблагоприятных исходов, связанных с контрацепцией, и возникновении судебных процессов, как указывают Л. Сперофф, Ф.Д. Дарни (2009г.), качественные записи клиницистов являются наиболее действенным орудием защиты (2).

Третьей стороной условного контрацептивного треугольника, по данным исследования Johannes Huber, является информация о методах контрацепции (6). О каждом методе контрацепции необходимо в понятных выражениях, без использования специальной терминологии сообщить механизм действия метода, сведения об эффективности (возможно, привести статистические данные), описать положительные и отрицательные стороны, противопоказания, информировать о режиме применения и возможных побочных эффектах. Необходимо подчеркнуть наличие защитных и лечебных эффектов, если они есть у данного метода.

Таким образом, информировав женщину о методах контрацепции, необходимо, учитывая приоритеты и пожелания пациентки, исключить из обсуждения методы, которые

женщина не желает использовать. Из субъективно-приоритетных для женщины методов контрацепции нужно исключить противопоказанный метод (методы) с учетом категорий приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004 г.). Также требуется определить наиболее удобный для пациентки режим использования контрацептивного средства (ежемесячный, ежедневный, еженедельный или долгосрочный), при необходимости включить контрацептивы с дополнительными лечебными эффектами, если пациентка в них нуждается. Возможно, потребуется еще раз более подробно описать оставшиеся для обсуждения методы контрацепции. После этого пациентка с помощью консультанта делает выбор метода предохранения от нежелательной беременности.

К сожалению, не всегда пациентка получает желаемый метод контрацепции. По данным А. Adewuyi и соавт. (1992 г.), только 54% пациенток был рекомендован контрацептив, который они хотели (5). По данным исследования S. Pariani и соавт. (1991 г.), если пациентка получает желаемый метод предохранения от беременности, более чем в 80% случаев она продолжает его использовать в течение года и через год (10).

В настоящее время отношения пациенток с лечащим врачом перешли в стадию партнерских. Предоставление более широкого круга возможностей способствует активному участию женщины в выборе средства контрацепции. В связи с этим беседа между врачом и паци-

енткой при выборе способа контрацепции должна быть двусторонней, при этом должны учитываться ожидания и потребности женщины, ее планы на будущее. Результаты исследований А. Webb (2002 г.) показали, что со стороны медицинского персонала женщины ожидают признания права на внимание к их мнению при принятии решений (13).

Техники мотивационного консультирования успешно используются для повышения приверженности к методу. Мотивационное консультирование включает в себя эмпатию, технику открытых вопросов и активного слушания (4, 11). Интерактивное общение, диалог между консультантом и женщиной – необходимое условие успешного индивидуального консультирования.

Итак, современная женщина ценит независимость и индивидуальный стиль жизни, получает широкие возможности благодаря доступности информационных ресурсов. В настоящее время на выбор контрацептивного препарата влияет множество факторов, сочетание которых индивидуально. Женщину не так легко как раньше убедить выбрать тот или иной способ контрацепции. В связи с этим врачу важно прислушиваться к мнению пациентки, учитывать потребности женщины и рассматривать ее в качестве активного участника процесса принятия решения в выборе метода контрацепции. Данные принципы помогут обеспечить индивидуальный подход к каждой женщине при консультировании по вопросам планирования семьи. 

Литература

- Аганезова Н.В. Методика оценки пациенток для гормональной и внутриматочной контрацепции // Гинекология. 2008. Т.10, № 4. С. 33-39.
- Сперофф Л., Ф.Д. Дарни. Клиническое руководство по контрацепции (перев. с англ.) // М.: БИНОМ. 2009. С. 432.
- Руководство по контрацепции. под ред. Прилепской В.Н. // М.: МЕДпресс-информ. 2006. С. 400.
- Тарасова М.А., Шаповалова К.А., Лекарева Т.М. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и выбора метода контрацепции: практ. пособие для врачей // СПб.: издательство Н-Л. 2008. С. 116.
- Adewuyi A. et al. Nigeria: The Family Planning Situation Analysis Study // Population Council. 1992; № 2: 1-28.
- Johannes Huber. Counseling: theory to practice – a real-world look at issues and challenges for physicians // Materials of the First Annual Contraception Summit: Contraception in the Consumer Age. 2009.
- Lesnewski R., Prine L. // Am Fam Physician. 2006; № 74: 105-112.
- Lete I. et al. Self-described impact of non-compliance among users of a combined hormonal contraceptive method // Contraception. 2008; 77: 276-282.
- McMahon S. Increased sexual risk behavior and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners // Abstr. InOrD1220 XV International AIDS Conference 11-16 July. Bangkok.
- Pariani S., et al. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java // Stud Family Plann. 1991; № 22: 384-390.
- Petersen R. et al. // Applying motivational interviewing to contraceptive counselling: ESP for clinicians Contraception. 2004; № 69: 213-217.
- Thompson // Sexuality, Reproduction and Menopause. 2006; № 4: 74-79.
- Webb A. What do women want? Counseling in Contraception // Eur J Contracept Reprod Health Care. 2002; № 7: 150-154.
- ACOG Committee on Practice Bulletin – Gynecology. Use of hormonal contraception in women of coexisting medical condition // ACOG Practice Bulletin №73. Obstet. Gynecology. 2006; 107: 1453-1472.
- Bjarnadottir et al. Comparison of cycle control of NuvaRing, the combined contraceptive vaginal ring, and oral levonorgestrel/ethinylestradiol // Am J Obstet Gynecol. 2002; 186: 389-395.
- MW van den Heuvel. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive // Contraception. 2005; 72: 168-174
- Miller L. et al. Extended regimens of the contraceptive vaginal ring // Obstet Gynecology. 2005; 106: 473-482
- <http://www.mzsrff.ru/>
- http://www.mzsrff.ru/mon_stat/292.htm/
- http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_2649_34487_33710751_1_1_1_1,00.html

«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

Местоположение:

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

Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,
д.м.н., профессор,

И.И. ГРИШИН,
к.м.н.,

Л.А. ДОРОФЕЕВА
кафедра акушерства
и гинекологии
Московского факультета
РГМУ с курсом ФУВ

Современные аспекты терапии бактериального вагиноза

Бактериальный вагиноз (БВ) остается одной из актуальных проблем гинекологии. Он представляет собой качественное и количественное нарушение состава микрофлоры урогенитального тракта женщин, отличающееся разнообразием возбудителей, преимущественная роль среди которых принадлежит анаэробным микроорганизмам. Частота встречаемости данной патологии колеблется по данным разных авторов от 30% до 80% в структуре заболеваний генитального тракта (8, 12).

У здоровых женщин репродуктивного возраста отделяемое влагалища содержит 10^5 - 10^7 микроорганизмов в 1 мл. Ведущее место в вагинальном биоценозе занимают H_2O_2 -продуцирующие факультативные лактобациллы, составляя около 90-95% всех микроорганизмов. На долю других видов микроорганизмов, находящихся в малых концентрациях, приходится менее 5-10% общей вагинальной флоры: дифтероиды, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, гарднерелла, облигатные анаэробы (5, 8, 9).

При бактериальном вагинозе общая концентрация бактерий во влагалище возрастает до 10^{11} в 1 мл. Количество анаэробов увеличивается в десятки раз по отношению к аэробным микроорганизмам, их соотношение может достигать 1:1000 вместо нормы 1:10. Большие концентрации этих микроорганизмов влекут за собой изменения в состоянии влагалища. Одновременно, вплоть до полного исчезновения, уменьшается количество лактофлоры (8).

Предрасполагающими факторами, ведущими к развитию БВ являются: нерациональное массивное применение антибиотиков, длительное использование контрацептивов, воспалительные заболевания органов малого таза, нарушение гормонального статуса, изменение состояния местного иммунитета, постоянное воздействие малых доз ионизирующего облучения, стрессовые воздействия на организм, частая смена полового партнера (1, 5, 12).

Характерным признаком бактериального вагиноза является отсутствие воспалительного процесса на стенках влагалища. Однако, в связи с тем, что бактериальный вагиноз

очень часто сочетается с другими, в том числе вирусными инфекциями, у части пациенток может клинически присутствовать картина воспаления (1, 2, 4). Сочетание БВ и урогенитального кандидоза, по данным разных авторов, встречается в 10-33% случаев. Интересную статистику показывает исследование П.В. Будановой с соавт. (2004), выявившее лидирующую позицию бактериального вагиноза (66,7%) в структуре патологии, сопутствующей папилломавирусному поражению слизистой влагалища. Другая патология обнаружена в следующей последовательности: кандидомикоз (33,3%), микоплазмоз (25,9%), генитальный герпес (22,2%), хламидиоз (20,4%), цитомегаловирусная инфекция (14,8%) и трихомониаз (7,4%).

Сам по себе БВ не опасен для жизни пациентки. Однако уже доказанным является связь БВ и дисплазии шейки матки. БВ является предрасполагающим фактором к развитию инфекционно-воспалительных заболеваний матки и ее придатков, перитонита, сепсиса, воспалительных осложнений после операций и инвазивных процедур, может привести к невынашиванию беременности, преждевременному разрыву плодных оболочек, аномалиям родовой деятельности, началу преждевременных родов, хориоамниониту, рождению детей с низкой массой тела, пневмонии новорожденных и развитию послеродового эндометрита (6).

Наиболее часто пациентки с бактериальным вагинозом предъявляют жалобы на обильные выделения из половых путей белого или серого цвета, часто с неприятным запахом,

В настоящее время велико количество рецидивов БВ, возникающих в различные сроки после лечения. Возвратные БВ возникают примерно в 30% случаев в течение 3 месяцев после завершения лечения. В пределах 9 месяцев после лечения возвратные вагинозы возникают у 80% пациенток. Предрасполагающим фактором является дефицит лактобактерий и бифидобактерий, усугубляющийся после завершения курса антибиотикотерапии. В связи с этим важной составной частью комплекса лечебных мероприятий при БВ несомненно является использование биопрепаратов.

усиливающимся во время полового акта или во время менструации, что отрицательно влияет на качество жизни женщин. Однако в половине случаев БВ может протекать бессимптомно (3, 4). Периодически встречаются жалобы на зуд и дизурические расстройства у пациенток с нарушениями микрофлоры влагалища в 16-23% случаев (4).

Клинико-лабораторная диагностика БВ основана на критериях R. Amsel и соавт. (1983) и включает наличие у пациенток гомогенных, сероватых выделений из влагалища, чаще с неприятным запахом, положительную пробу с 10% KOH (аминотест), увеличение pH влагалищной среды более 4,5, а также обнаружение в мазках окрашенных по Граму, более 20% ключевых клеток. Диагноз бактериального вагиноза устанавливается при наличии 3 из 4 перечисленных критериев (13).

По данным большинства авторов, наиболее эффективным для лечения БВ является метронидазол, относящийся к группе антибактериальных препаратов, содержащих имидазольное кольцо (15, 16). Проникая внутрь микробной клетки, метронидазол превращается в активную форму, связывается с ДНК и блокирует синтез нуклеиновых кислот. Пероральное применение метронидазола в дозах от 800 до 1200 мг в день в течение 5-7 дней ведет к излечению заболевания у 90% пациенток, однако столь большую дозу метронидазола можно применять лишь у ограниченного контингента женщин, неотягощенных сопутствующей патологией. Нередко пероральное применение препарата вызывает такие побочные явления как металлический вкус во рту, головокружение, головную боль (у 32% больных), диспептические расстройства (у 25%), а также аллергические реакции. В связи с этим многие клиницисты отдают предпочтение при лечении БВ местному интравагинальному пути введения препарата, который не уступает по эффективности оральной терапии. Он является более предпочтительным, так как при местной аппликации препарат наносится непосредственно в нишу, колонизированную возбудителями заболевания, чем достигается высокая эффективность использования

малых доз антимикробного препарата с одной стороны, а с другой исключается его воздействие на здоровые ткани и снижается возможность развития системных побочных реакций (10, 11). Эти преимущества позволяют применять метронидазол местно у беременных и лактирующих женщин. Среди частых осложнений, вызываемых применением метронидазола, следует отметить кандидозный вульвовагинит (6-16%). Для его профилактики необходимо назначать антифунгальные препараты – нистатин по 2000 мг/сут. или флюконазол по 150 мг внутрь одновременно с началом лечения. Эффективность при комбинированном применении этих препаратов составляет 97%.

Следует отметить, что в настоящее время велико количество рецидивов БВ, возникающих в различные сроки после лечения. Возвратные БВ возникают примерно в 30% случаев в течение 3 месяцев после завершения лечения. В пределах 9 месяцев после лечения возвратные вагинозы возникают у 80% пациенток. Предрасполагающим фактором является дефицит лактобактерий и бифидобактерий, усугубляющийся после завершения курса антибиотикотерапии. В связи с этим важной составной частью комплекса лечебных мероприятий при БВ несомненно является использование биопрепаратов (17). Результаты лечения БВ значительно улучшаются при использовании двухэтапного метода, включающего на II этапе препараты, направленные на восстановление влагалищного микроценоза. Недостатком биопрепаратов, традиционно используемых для коррекции микрофлоры влагалища, является то, что они содержат штаммы бифидобактерий или лактобактерий, выделенные из кишечного тракта, поэтому при попадании в нехарактерную для их обитания нишу (влагалище) эти микроорганизмы, обладающие слабой адгезивной активностью по отношению к вагинальным эпителиоцитам, не в состоянии прижиться на достаточно продолжительное время.

Первый пробиотик для перорального применения, который нормализует вагинальную микрофлору и способствует снижению колонизации влагалища патогенными бактериями и дрожжами – Вагилак – представ-

ляет собой комбинацию *Lactobacillus rhamnosus GR-1* и *Lactobacillus reuteri RC-14* (14).

В открытых исследованиях было показано, что пробиотические штаммы *Lactobacillus rhamnosus GR-1* и *Lactobacillus reuteri RC-14* колонизируют влагалище после перорального приема (14, 17). Выбор штаммов *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14* был основан на предположении: оба штамма происходят из мочеполового тракта женщин, колонизируют влагалище и могут ингибировать рост и адгезию урогенитальных патогенов (18).

Предыдущие исследования подтвердили, что оба штамма *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14* успешно фиксируются на эпителиальных клетках человека (19, 20), толерантны к желчи и способны выживать в процессе транзита по желудочно-кишечному тракту, не вызывая системных иммунных или воспалительных реакций, о чем свидетельствует вагинальная колонизация после перорального приема (14, 19, 20). У пациентов, принимавших комбинацию *L. GR-1* и *L. RC-14*, было выявлено отсутствие влияния на системные уровни антител (*IgG*, *IgA* и *IgM*) и постоянство профиля цитокинов. Это доказывает отсутствие модулирующего воздействия пробиотика на данные иммунные параметры у здоровых иммунокомпетентных лиц. Пробиотические бактерии модулируют иммунитет хозяина с усилением неспецифического иммунитета и повышают, усиливая и опосредуя, ответные реакции на конкретные антигены или патогены (17).

Кроме того, оба штамма лактобацилл *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14*, применявшихся в настоящем исследовании, обладают способностью ингибировать рост *Candida in vitro* (17). Таким образом, снижение общего количества дрожжей во флоре влагалища может быть частично обусловлено этим ингибированием или меньшим количеством дрожжей, выходящих из прямой кишки и поднимающихся во влагалище. Иначе, лактобациллы замещают дрожжи во флоре влагалища и создают среду обитания, менее пригодную для дрожжей. Механизм замещения может включать конкуренцию между обоими видами за сайты связывания маннозы (17, 18) или подавле-



Таблица 1. График обследования пациенток

Действия/Визит	0	1	2	3	4
День исследования	0	1	8	12	40
Проведение анализов (RW, ВИЧ, HBsAg, а/тела к HCV)	X				
Оценка критериев включения/исключения	X				
Сбор анамнеза и данных о сопутствующей терапии	X				
Оценка динамики жалоб пациента	X		X	X	X
Гинекологический осмотр	X	X	X	X	X
Оценка динамики клинических проявлений заболевания	X	X	X	X	X
Микроскопия мазков по Граму	X		X	X	X
Бактериологический посев	X			X	X
Аминный тест	X		X	X	X
pH-метрия	X		X	X	X
Назначение терапии (Розамет, Вагилак)		X			
Оценка комплаентности			X	X	X
Оценка эффективности терапии			X	X	X

ние распространения биологически поверхностно-активных белков, продуцируемых *Lactobacillus RC-14* (14).

Таким образом, прием научно-отобранных пробиотиков может обеспечить естественный, безопасный и эффективный способ стабилизации изменяющейся влагалищной флоры, и снизить риск развития инфекций, как у здоровых женщин, так и женщин, предрасположенных к урогенитальным инфекциям.

В настоящее время для местного лечения БВ с успехом используется препарат Розамет, 1% крем метронидазола с прилагаемым к нему аппликатором. Обладая высокой проникающей способностью во влагалищные жидкости, препарат начинает действовать сразу же после аппликации, терапевтический эффект достигается при низких концентрациях метронидазола. Препарат назначают по 2,5 г (1/2 аппликатора) 2 раза в сутки утром и вечером в течение 7 дней.

Нами проведено исследование, **цель** которого оценить эффективность применения в лечении БВ комбинированной схемы, включающей и применение метронидазола (крем Розамет 1% интравагинально) и орального пробиотика Вагилак, сравнить результаты одновременного и последовательного лечения этими препаратами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы и пролечены 60 пациенток с бактериальным вагинозом, находящихся на амбулаторном лечении в ЦПСиР ЮЗАО ГП №22. Все женщины согласились соблюдать указания врача относительно назначенной терапии.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК В ИССЛЕДОВАНИЕ

В клиническую группу включены небеременные женщины в возрасте от 18 до 45 лет, с установленным клинически и лабораторно диагнозом БВ. Пациентки после получения информации о проводимом лечении, лекарственном действии препаратов, способе их использования и возможных побочных эффектах, дали свое согласие на прохождение полного курса амбулаторного лечения с последующим наблюдением. Средний возраст пациенток составил 27,5 лет. Женщины не имели гиперчувствительности и аллергии к составным частям препаратов.

КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- острые и хронические заболевания органов малого таза в стадии обострения;
- сопутствующие ИППП (гонорея, хламидиоз, трихомониаз и т.д.);
- манифестные проявлениями остроконечных кондилом, генитального герпеса;
- применение антибактериальных препаратов интравагинально или системно в течение 3 последних месяцев до начала данного клинического исследования;
- беременность и лактация; отсутствие активной контрацепции и/или желание забеременеть;
- активный туберкулез, муковисцидоз, системные заболевания соединительной ткани, злокачественные новообразования любой локализации;
- наличие у пациентки психического заболевания, не позволяющего

проводить оценку эффективности терапии (алкоголизм, наркомания), заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся нарушением высших корковых функций и приводящие к невозможности соблюдать указания врача;

- гиперчувствительность и аллергия к производным имидазола.

СТАНДАРТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК

Все пациентки для установления диагноза проходили следующее комплексное обследование: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, кольпоскопия шейки матки, бактериоскопия мазков по Граму из уретры, шейки матки, влагалища и прямой кишки; цитология при наличии патологии шейки матки; бактериологическое исследование (посевы на бактериальную флору и ИППП); ИФА на хламидии, ВПГ I, II, CMV; ПЦР на хламидии, ВПГ I, II, CMV, HPV 16, 18, 31, 33, 6, 11, *sp.*; проводилось определение pH влагалищного содержимого и проба с 10% KOH. Диагноз БВ устанавливался соответственно критериям R. Amsel. Обследование пациенток проводилось в соответствии с графиком указанным в таблице 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Предъявляемые больными жалобы относились в основном к вагинальной зоне (выделения из половых путей, дискомфорт, жжение и зуд), также встречались жалобы на нарушение менструального цикла, диспареунию и др. Спектр жалоб больных представлен на рисунке 1.

Социальные характеристики исследуемой группы достаточно разнообразны. Средний возраст начала половой жизни составил 15,5 (от 15 до 24) лет. Число половых партнеров варьировало от 1 до 10 (один половой партнер был у 19% женщин, 2 и более – у 82%, 3% обследуемых имели одновременно двух половых партнеров). На момент проведения исследования половина пациенток состояла в браке, остальные имели нерегулярные половые связи. Большинство женщин (90%) использовали барьерную контрацепцию, химическую – 7%, комбинированные оральные контрацептивы принимали 28% женщин, сочетанием 2-х видов контрацепции



Вагилак

Первый в мире оральный пробиотик для нормализации вагинальной микрофлоры

- изготовлен на основе уникальных штаммов лактобацилл, выделенных из урогенитального тракта здоровых женщин
- доказанная клиническая эффективность в лечении вагинальных дисбиозов
- уникальная доза – каждая капсула содержит 10^9 КОЕ
- отсутствие побочных эффектов
- низкая частота рецидивов урогенитальных инфекций
- удобство в применении – per os (1 капсула в день)



«ЯДРАН», Российское представительство

119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д.38, офис 3, 30; тел./факс: (495) 970-18-82, 970-18-83; www.jadran.ru; e-mail: jadran@jgl.ru



Рисунок 1. Основные жалобы больных



Рисунок 2. Инфекционная патология уrogenитального тракта в анамнезе

пользовались 13% пациенток.

Беременности в анамнезе имели 48% женщин, причем одни своевременные роды были у 25%, 15% женщин рожали 2 и более раз. Медицинским абортam подверглись в анамнезе 32% пациенток, самопроизвольные выкидыши произошли у 10% женщин, неразвивающаяся беременность была у 1 (1,7%) пациентки, внематочная беременность – у 2 (3,3%) больных. Спектр

перенесенной инфекционной патологии представлен на рисунке 2.

В анамнезе у многих обследованных присутствовали хронические воспалительные заболевания различной локализации: ЛОР-органов – 18%, желудочно-кишечного тракта – 48% и мочевыводящих путей – 20%. Наличие аллергических реакций отметили 17% больных. Данные о наличии сопутствующей патологии со стороны уrogenитального тракта представлены на рисунке 3.

При гинекологическом осмотре выявлялись изменения слизистой оболочки вагины (побледнение в 50%, гиперемия в 48% случаев). У обследованных пациенток часто встречалась патология шейки матки: эктопия шейки матки выявлена в 36% случаев, лейкоплакия – в 8%, сочетание эктопии с лейкоплакией – в 17%, признаки хронического цервицита – в 35%. При осмотре обильные гомогенные серого цвета бели были обнаружены в 63% случаев, у 18% женщин выделения носили творожистый характер. У всех 60 (100%) пациенток была положительная проба с 10% КОН и аминный тест, pH влагалища была более 4,5.

В результате проведения микроскопии мазков по Граму гонококки и трихомонады у обследуемой группы пациенток выявлены не были. Наличие ключевых клеток было обнаружено у 80% пациенток в отделяемом из влагалища, в 65% случаях – из цервикального канала и в 20% случаях – из уретры.

У большинства пациенток (53%), при микроскопии мазков, окрашенных по Граму, выявлялись единичные лейкоциты в поле зрения. Споры и мицелий дрожжеподобных грибов обнаружены при микроскопии мазков у 32% женщин.

Проведено исследование содержимого заднего свода влагалища и цервикального канала методом ПЦР, результаты которого представлены в таблице 2.

Обращает на себя внимание снижение *Lactobacillus sp.* < 10⁴ у всех 60 (100%) пациенток, что соответствует глубокому дефициту лактобактерий.

Среди обследуемых женщин выявлено сочетание бактериального вагиноза с носительством HPV инфекции различных типов в 48% случаев. *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma sp.* обнаружены у 17% и 62% пациенток соответственно.

При исследовании крови пациенток методом ИФА Ig M к CMV и HSV I, II типов выявлены не были. Однако носительство Ig G к HSV I, II, и CMV инфекции было выявлено у 52% и 42% пациенток соответственно.

При бактериологическом исследовании в посевах на селективные питательные среды для выращивания лактобактерий (*MRS*) ни в одном случае не было получено роста культуры. Для получения анаэробных микроорганизмов использовали агар Шедлера с добавлением 10% эритроцитов барана, маннитно-солевой агар для стафилококков, микрококков и бацилл, среду Уриселект-4 для выявления энтеробактерий и энтерококков, среду Сабуро – для грибов рода *Candida*. При проведении бактериологического исследования было высеяно 16 штаммов микроорганизмов. В большинстве случаев при первичном обследовании их концентрация превышала норму. Общее увеличение бактериальной обсемененности влагалища у пациенток было связано с увеличением

Терапия заболеваний, сопровождающихся развитием дисбиотических нарушений, обязательно должна включать средства, корригирующие количественный и качественный состав микрофлоры, т.е. средства с пробиотическим действием. Применение пробиотика Вагилак, содержащего штаммы лактобактерий, эффективно восстанавливает рост лактобактерий в вагинальном биотопе, одновременно подавляя рост условно-патогенных микроорганизмов.

количества облигатно-анаэробных и факультативно-анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий, которые в небольших количествах присутствуют в здоровом генитальном тракте женщин, но при этом являются условно-патогенными. Эти данные свидетельствуют о нарушении количественных соотношений в популяции и развитии дисбактериоза. Различные ассоциации условно-патогенной микрофлоры были выявлены более чем в 50% случаев. В составе ассоциатов определялись следующие виды: *Clostridium sp.*, *Peptostreptococcus sp.*, *Bacteroides sp.*, *Fusobacterium sp.*, *Corynebacterium sp.*, *Staphylococcus sp.*, *Streptococcus sp.*, *E.coli.*, *Mycoplasma sp.* Рост *Ureaplasma sp.* был получен у 50% обследованных женщин, причем у 20 (33%) из них был выявлен диагностически значимый титр $>10^4$. Практически у 1/3 пациенток БВ сочетался с урогенитальным кандидозом, был выявлен диагностически значимый рост дрожжеподобных грибов у 17 (28%) пациенток.

КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ

На основании комплекса клинических данных, контингент обследуемых разделен на II группы. I группу составили 23 пациентки, имеющие сопутствующий вагинальный кандидоз, а также цервикальный и/или вагинальный лейкоцитоз более 10 в поле зрения. II группу составили 37 пациенток с подтвержденным диагнозом БВ, низким уровнем лейкоцитоза (до 10 в поле зрения) в отделяемом из шейки матки и влагалища, у которых не были обнаружены споры и мицелий дрожжеподобных грибов.

ПРОВЕДЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Всем пациентам, включенным в исследование, производилось двухэтапное лечение БВ. Для местного применения использовался Розамет – 1% крем метронидазола с аппликатором, *per os* назначался Вагиллак – оральная форма пробиотика, каждая капсула которого содержит штаммы *L.rhamnosus GR-1* и *L.reuteri RC-14* в суммарном количестве 10^9 КОЕ.

Пациентки I группы получали последовательно на первом этапе препарат Розамет – по 1/2 аппликатора (2,5 г) интравагинально 2 раза в сутки в течение 7 дней, далее с 8 дня – Ваги-

лак по 1 капсуле 2 раза в сутки внутрь во время еды в течение 14 дней. Все пациентки I группы в первый день терапии получали 150 мг флуконазола внутрь однократно.

Пациентки II группы принимали препараты одновременно с первого дня терапии: Розамет – крем по 1/2 аппликатора (2,5 г) интравагинально 2 раза в сутки в течение 7 дней и Вагиллак по 1 капсуле 2 раза в сутки внутрь во время еды в течение 14 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обращает на себя внимание достаточно быстрая и полноценная положительная динамика клинических и лабораторных показателей.

В I группе к 12-му дню терапии практически все пациентки отмечали прекращение вагинальных выделений и не предъявляли других жалоб. Отмечалась нормализация pH (не более 4,5) и аминного теста, отсутствие ключевых клеток и дрожжеподобной флоры у 100% обследованных. Лейкоцитоз менее 10 в поле зрения определялся у 83% пациенток. У 26% пациенток характер микрофлоры был оценен как смешанный, у остальных 74% женщин при микроскопии мазка определялась необильная палочковая микрофлора. При проведении бактериологического исследования было выявлено уменьшение общей бактериальной обсемененности, уменьшение титров облигатно-анаэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, отсутствие роста *Streptococcus sp.* и дрожжеподобных грибов, а также уменьшение диагностически значимых титров *Ureaplasma sp.* с 35% первоначально до 13%.

К 40 дню лечения при комплексной оценке клинических и бактериологических показателей не было выявлено ни одного случая рецидива вагинального кандидоза, у 4 пациенток обнаружили рецидив БВ. При бактериологическом исследовании отмечено увеличение роста лактобацилл в нормальных титрах у 87%, появление бифидобактерий у 13% пациенток.

К третьему визиту у всех пациенток II группы также отмечалась нормализация основных лабораторных показателей – pH влагалища была менее 4,5, аминный тест отрицателен, клю-

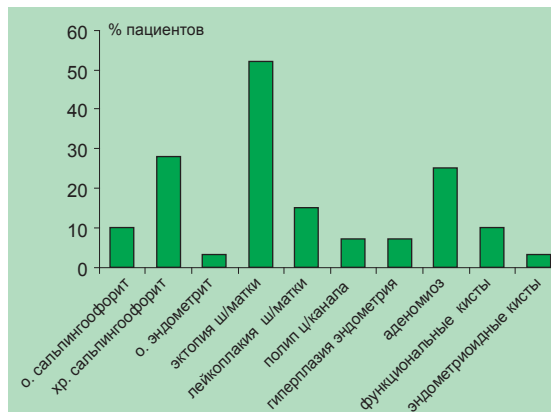


Рисунок 3. Сопутствующая патология урогенитального тракта

Таблица 2. Результаты исследования заднего свода влагалища и цервикального канала методом ПЦР

	Количество пациенток, n	%
<i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0
<i>Mycoplasma hominis</i>	10	16,7
<i>Mycoplasma genitalium</i>	1	1,7
<i>Ureaplasma sp.</i>	37	61,7
<i>U.urealiticum</i> (T-960)	19	31,7
<i>U.parvum</i> (Parvo)	15	25
<i>Gardnerella vaginalis</i>	39	65
<i>Lactobacillus sp.</i> (полюколич.) $< 10^4$	60	100
<i>Nisseria gonorrhoeae</i>	0	0
<i>Trichomonas vaginalis</i>	0	0
HPV 16, 18	11	18,3
HPV 31, 33	7	11,7
HPV sp.	29	48,3
<i>Streptococcus group B</i> (agalactiae)	9	15

чевые клетки не выявлялись. Лишь 3 пациентки предъявляли жалобы на зуд и жжение в области вульвы и влагалища. При микроскопическом исследовании у них были выявлены дрожжеподобные грибки. Характер микрофлоры определялся как палочковая у 65%, смешанная – у 27% и коккобациллярная – у 8% пациенток соответственно.

По результатам бактериологического исследования у пациенток II группы также было обнаружено снижение общей бактериальной обсемененности. Рост лактобацилл был выявлен у 57% пациенток в титре до 10^6 КОЕ/мл. Практически в 2 раза по сравнению с данными первичного обследования уменьшилось количество пациенток, у которых высевались *Clostridium sp.* – 8%, *Peptostreptococcus sp.* – 8%, *Bacteroides sp.* – 26%, *Corynebacterium sp.* – 8%, *Staphylococcus sp.* – 32% больных.

Представляется важным, что титры этих микроорганизмов во влагалищном отделяемом находились в пределах нормы весь период проводимого лечения.

Ко времени четвертого визита (40 день) у пациенток II группы в основном сохранялась стойкая положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Только 6 пациенток предъявляли жалобы на выделения из половых путей, наличие неприятного запаха отметили 3 женщины, дискомфорт в области гениталий отмечали 4 пациентки.

Положительный аминный тест и уровень pH более чем 4,5 были выявлены у 22% пациенток, при этом ключевые клетки обнаруживались у 11%. Единичные лейкоциты в поле зрения определялись у 27%, до 10 лейкоцитов в поле зрения было обнаружено у 62% женщин. Количество лейкоцитов более 10 в поле зрения определялось у 10% обследуемых.

По результатам бактериологического обследования пациенток II группы во время 4 визита был выявлен рост лактофлоры в 92% и бифидофлоры 11% случаев, соответственно. Так же было выявлено отсутствие роста *Clostridium sp.* и *Veilonella sp.* у всех пациенток. Рост *Staphylococcus sp.* в нормальном титре выявлен у 51% пациенток. У 10% пациенток повторно была выделена *E.coli* в титре 10^5 КОЕ/мл. Диагностически значимый рост *Ureaplasma sp.* определялся у 22% обследуемых женщин. Дрожжеподоб-

ные грибы были выделены в титре $< 10^3$ у 11% пациенток.

Следует отметить отсутствие во всех наблюдаемых группах аллергических реакций и непереносимости предлагаемых лекарственных средств.

ВЫВОДЫ

На основании проведенных исследований, можно заключить, что применение в терапии бактериального вагиноза комбинированных схем, включающих крем метронидазола (Розамет 1%) и оральный пробиотик Вагилак, отличается высокой эффективностью, комплаентностью и хорошо переносится пациентами.

Клиническое выздоровление, подтвержденное данными бактериоскопического и бактериологического исследования после лечения, при последовательном применении препаратов Розамет-крем и Вагилак в случае БВ, сочетанного с вагинальным кандидозом, констатировано в 100% случаев. Более отдаленные данные свидетельствуют о формировании полноценного влагалищного биотопа (нормализация титра лактобацилл в 87% случаев).


В группе одновременного применения препаратов Розамет-крем и Вагилак эффективность лечения БВ также составила 92% и при динамическом наблюдении сопровождалась нормализацией лактофлоры в 92% случаев.

В результате проведенного исследования можно отметить практи-

чески одинаковую эффективность последовательной и одновременной схем лечения бактериального вагиноза с применением препаратов Розамет-крем и Вагилак. Однако в случае сочетания БВ с урогенитальным кандидозом, предпочтительнее применение последовательного приема препаратов Розамет и Вагилак с дополнительным назначением противогрибковых препаратов, например, флуконазола 150 мг однократно.

Оптимальным при лечении БВ является применение препаратов, применяемых интравагинально, таких как Розамет-крем. В данном случае преимуществом является сочетание высокой эффективности при использовании малых доз антимикробного препарата и отсутствие системного воздействия на здоровые ткани организма, и тем самым уменьшение возможности развития системных побочных реакций.

Терапия заболеваний, сопровождающихся развитием дисбиотических нарушений, обязательно должна включать средства, корригирующие количественный и качественный состав микрофлоры, т.е. средства с пробиотическим действием.

Применение пробиотика Вагилак, содержащего штаммы лактобактерий, эффективно восстанавливает рост лактобактерий в вагинальном биотопе, одновременно подавляя рост условно-патогенных микроорганизмов. 

Литература

1. Анкирская А.С., Прилепская А.Н., Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение // Рус. Мед. Журнал, 1999; № 5: 276-282.
2. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз // Гинекология. 2001; 2, 3: 52-4.
3. Дмитриев Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций // Медицинская книга. М, НГМА. 2003; 336.
4. Липова Е.В. Урогенитальные инфекции женщин: методологические, клинико-лабораторные подходы к диагностике и терапии: Автореф. дис. ... док. мед. наук. М., 2004; 48.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз // Нева-Люкс, СПб., 2001; 364.
6. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье // Материалы рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеро-гинекологов. СПб., 1999-2000 гг. 22.
7. Кондулукова И.А., Балмасова И.П., Билеев А.Е. Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщины. Самара, 1999; 118-123.
8. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А., Саркисов С.Э. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. М., 1999. 80.
9. Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н., Говорун В.М. и др. Бактериальный вагиноз: Пособие для врачей. М., 2002; 58.
10. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний кожи: Протоколы ведения больных: Лекарственные средства. М., 2003; 447.
11. Страчунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. М., 2000; 123-131.
12. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Бактериальный вагиноз: некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения // Журнал Гинекология. 2004. Т. 6, № 2: 62-65.
13. Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A. et al. Non-specific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations // Amer J Med. 1983; 74(1): 14-22.
14. Gardiner, G., Heinemann, C., Baroja M.L., Bruce A.W., Beuerman D., Madrenas J. and Reid G. Oral administration of the probiotic combination Lactobacillus rhamnosus GR-1 and L. fermentum RC-14 for human in-testinal applications // Int. Dairy J. 12: 191-196.
15. Hanson J.M., McGregor J.A., Hillier S.L., Eschenbach D.A., Kreutner A.K., Galask R.P., Martens M. Metronidazole for bacterial vaginosis. A comparison of vaginal gel vs. oral therapy // J Reprod Med. 2000; 45(11): 889-96.
16. Huang M., Wang J.H. Gram stain as a relapse predictor of bacterial vaginosis after metronidazole treatment // J Microbiol Immunol Infect. 2005; 38(2): 137-40.
17. McCracken, V.J., & Gaskins, H.R. Probiotics and the immune system. In G.W. Tannock (Ed.), Probiotics: A Critical Review (pp. 85-111). Wymondham: Horizon Scientific Press.
18. Morelli L., Zonenenschain D., Del Piano M., Cognein P. Utilization of the intestinal tract as a delivery system for urogenital probiotics // Clin Gastroenterol. 2004; 38 (6 Suppl): S. 107-10.
19. Reid G., Beuerman D., Heinemann C., Bruce A.W. Probiotic Lactobacillus dose required to restore and maintain a normal vaginal flora // FEMS Immunol Med Microbiol. 2001; 32 (1): 37-41.
20. Reid G., Charbonneau D., Erb J., Kochanowski B., Beuerman D., Poehner R., Bruce A.W. Oral use of Lac-tobacillus rhamnosus GR-1 and L. fermentum RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women // FEMS Immunol Med Microbiol. 2003; 35 (2): 131.

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



Л.Ю. КАРАХАЛИС,
д.м.н.

О.К. ФЕДОРОВИЧ,
д.м.н., профессор

И.Б. ВАСИНА,

И.Ю. ЧЕРВОННАЯ
КГМУ

Перинатальный центр
КЦПД

Акушерско-
гинекологические
отделение МУЗ ГП №26,
Краснодар

Влияние патогенетически обоснованной терапии аденомиоза на его течение

Основным моментом развития эндометриоза тела матки (аденомиоза), как и любой другой его локализации, является возникновение эндометриоидных гетеротопий, что до настоящего времени не имеет объяснений ни одной из теорий его развития.

Доказана необходимость повышенной способности к имплантации эндометриальных клеток, при этом защитные силы организма недостаточны для обеспечения их клиренса. Реализация этих условий возможна под воздействием одного или нескольких факторов: гормонального дисбаланса, расстройств иммунитета, неблагоприятной экологии, наследственной предрасположенности, воспаления, условий жизнедеятельности и т.д. Относительно гормональной и иммунологической концепции эндометриоза утверждается, что они играют роль факторов (пусковых механизмов), предрасполагающих к возникновению патологического процесса (1, 7, 9, 11, 12).

Последние 30 лет широко и устойчиво изучаются иммунологические аспекты аденомиоза. Определенная роль в развитии и прогрессировании заболевания отводится изменениям как общего, так и локального иммунитета, про-

являющегося в угнетении клеточного и гуморального его звеньев.

Однако окончательный диагноз аденомиоза можно установить только после патоморфологического исследования материала. При этом необходимо присутствие таких признаков, как наличие эндометриальных желез и стромы на расстоянии более 2,5 мм от базального слоя эндометрия; реакция миометрия в виде гиперплазии и гипертрофии мышечных волокон; увеличение желез и стромы, окружающей гиперплазированные гладкомышечные волокна матки; наличие пролиферативных и отсутствие секреторных изменений.

Важными клиническими проявлениями эндометриоза, определяющими показания к проведению лечения, являются: тазовые боли, нарушение менструального цикла, бесплодие, расстройства функции тазовых органов. Характерный для аденомиоза симптом – менометроррагия и перименструальные кровянистые выделения по типу «мазни», обусловлен как циклическими превращениями эктопического эндометрия, так и нарушением сократительной функции матки. Тазовые боли, как правило, усиливающиеся накануне и во время менструации, типичны как для наружного эндометриоза, так и для аденомиоза.

Одним из наиболее важных методов диагностики эндометриоза остается бимануальное гинекологическое исследование. Бимануальное исследование позволяет оценить величину матки, ее консистенцию, форму, характер поверхности, заподозрить наличие опухолевидных образований в области придатков матки, уплотнения в позадишеечной области и болезненность стенок малого таза, а также спаечного процесса в малом тазу. Бимануальное исследование обеспечивает ценную диагностическую и дифференциально-диагностическую (особенно от онкологических заболеваний) информацию. При эндометриозе влажной части шейки матки и влажной части при осмотре видны эндометриоидные образования.

Оптимальным и общедоступным скрининговым методом в алгоритме обследования больных с различными формами эндометриоза считают УЗИ, диагностическое значение цветового доплеровского картирования (ЦДК) высоко. Сущность этого метода состоит в возможности визуализации всех движущихся жидкостей организма в режиме реального времени и проведении анализа их движения. Картина УЗИ при аденомиозе характеризуется следующим: при 1 степени распространения отмечаются небольшие округлой или овальной формы гипо- и анэхогенные структуры диаметром 0,1-0,2 см; эхонегативные трубчатые структуры, идущие от слоя эндометрия к миометрию до 0,1 см в диаметре; неравномерность толщины

Современные КОК положительно влияют на иммунные аспекты. Использование в комплексной терапии препаратов (Индинол и Эпигаллат), способствующих, в том числе положительному влиянию на общий иммунитет, потенцирует их действие.

базального слоя эндометрия, зазубренность его контура; появление в миометрии отдельных участков повышенной эхогенности до 0,3 см. При II-III степени распространения отмечаются: преимущественное увеличение передне-заднего размера матки; асимметрия толщины стенок матки; появление в миометрии различной толщины зоны повышенной эхогенности; появление в зоне повышенной эхогенности анэхогенных включений 0,2-0,6 см или жидкостных полостей, содержащих мелкодисперсную взвесь; появление в месте патологического образования множественных средней и низкой эхогенности близко расположенных полос, ориентированных перпендикулярно к плоскости сканирования; выявление в области переднего фронта сканирования зоны повышенной эхогенности, зоны в области дальнего фронта (анэхогенной). При очаговой форме внутреннего эндометриоза отмечаются:

- появление в одном из участков миометрия зоны повышенной неоднородной эхогенности с нечеткими и неровными контурами;
- преимущественное увеличение одной из стенок матки по отношению к другой, наличие внутри этой зоны отдельных округлой или овальной формы включений (кистозных) диаметром 0,2-0,6 см и кистозных полостей диаметром 0,7-1,5 см.

При узловой форме внутреннего эндометриоза отмечаются:

- появление в стенке матки зоны повышенной эхогенности, округлой или овальной формы, с наличием в ней небольших анэхогенных включений или кистозных полостей, содержащих мелко дисперсную взвесь;
- ровные и не всегда четкие контуры образования;
- повышенная эхогенность переднего контура образования и пониженная возле дальнего;
- выявление в патологическом очаге средней и низкой эхогенности близко расположенных полос перпендикулярно к плоскости сканирования.

По данным доплерометрии, сосудистая сопротивляемость в ма-

точной артерии и ее яичниковой ветви достоверно выше у женщин с выраженными клиническими проявлениями эндометриоза.

Все большее значение в диагностике эндометриоза и дифференциальной диагностике, а также злокачественной опухоли приобретает определение в крови различных опухолевых маркеров. Наиболее доступно в настоящее время выявление онкоантигена – СА-125. Установлено, что в сыворотке крови у здоровых лиц концентрация онкомаркера СА-125 составляет в среднем 8,3 Ед/мл. В то время как при эндометриозе этот показатель – в среднем 27,2 Ед/мл. Исследование уровня СА-125 (биохимического маркера эндометриоза, вещества, синтезируемого производными целомического эпителия и являющегося маркером рака яичников) статистически значимо повышается при среднетяжелом и тяжелом эндометриозе, но остается в пределах нормы при минимальном и легком. Уровень СА-125 значительно колеблется. В большинстве случаев он составляет в межменструальном периоде у здоровых женщин 8-22 Ед/мл, при легком течении эндометриоза – 14-31 Ед/мл, при среднетяжелом и тяжелом эндометриозе – 13-95 Ед/мл. По данным некоторых исследований, специфичность определения уровня СА-125 при эндометриозе превышает 80% (1, 9). Определение уровня СА-125 может быть полезно для наблюдения за больными, которые проходят курс лечения при эндометриозе. Уровень СА-125 снижается после комбинированного гормонального лечения.

Лекарственная терапия может стать компонентом лечения или быть самостоятельной. Особая роль отводится нестероидным противовоспалительным препаратам (ингибиторы синтетаз простагландинов), а также гормональным или антигормональным препаратам, лечебный эффект которых основан на подавлении стероидогенеза в яичниках, создании гипозэстрогенного состояния или ановуляции. Это гормональные контрацептивы, прогестагены, производные андрогенов, антигонадотропины, агонисты

гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ). Препарат нужно подбирать строго индивидуально, с учетом побочных эффектов, по возможности начиная с наименее агрессивного. Эндометриоз является заболеванием всего организма, следовательно, необходима комплексная терапия с учетом всех звеньев патогенеза (1, 3, 6). Согласно общепринятому определению, эндометриоз – это гормонозависимое заболевание на фоне нарушения иммунного гомеостаза. Это и явилось выбором цели нашего исследования.

Цель – определить влияние комплексной терапии комбинированными оральными контрацептивами (КОК), содержащими гестоден, и препаратами Индиол и Эпигаллат на аденомиоз легкой степени тяжести.

После 6 мес. терапии во II группе (получавших в качестве лечения КОК в сочетании с Индиолом и Эпигаллатом) произошло достоверное снижение коэффициента КАА в II В, при отсутствии такового в I группе подгруппе В.

Материалы и методы. В обследовании приняли участие 60 больных с аденомиозом легкой степени тяжести. Критериями отбора в группы являлись приведенные выше данные ультразвукового исследования и выраженность клинических симптомов, а также отсутствие показаний для оперативного лечения. Возраст пациенток составил от 26 до 39 лет (средний возраст – 30,7 ± 3,4 года). Были выделены две группы исследования:

- I группа (30 женщин) получала лечение гестоденсодержащими КОК в пролонгированном режиме 63-7-63 дня;
- II группе (30 пациенток) была назначена комбинация гестоденсодержащих КОК аналогично, как и в I группе, в пролонгированном режиме в сочетании с Индиолом (2 капсула 2 р./сут. в течение 6 мес.)

и Эпигаллатом (2 капсула 2 р./сут. в течение 6 мес.).

Сравнительная эффективность проводимой терапии оценивалась в динамике: до начала лечения, через 3 и 6 мес. терапии, отдаленные результаты – через 12 мес. после ее окончания.

Все обследованные предъявляли жалобы на вторичную альгоменорею, болевой синдром, усиливающийся перед и во время менструации; синдром хронических тазовых болей. Возникновение усиливающегося циклического болевого синдрома у девушек с момента менархе указали 25% из числа всех опрошенных. При оценке интенсивности болей врачи полагаются на субъективную оценку пациентки, которая в значительной степени зависит от ее психоэмоционального фона. В связи с этим была применена для оценки степени выраженности исходного болевого синдрома и изменения его в процессе лечения шкала С. Mac Laverty, P. Shav (1995).

Из числа обследованных 83% I группы (20 женщин) и 93% II группы (27 женщин) предъявляли жалобы на мено- и метроррагии. Скудные кровянистые выделения в пред- и постменструальном периоде беспокоили 12 пациенток I группы (40%) и 18 (60%) II группы, длительность менструаций составляла от 5-6 до 10-12 дней. При бимануальном исследовании практически в 100% отмечено изменение передне-заднего размера матки в обеих группах, исследование проводилось накануне и сразу после окончания менструации. Из числа обследованных I группы 40% (12 женщин) страдали анемией легкой степени тяжести, таких пациенток во II группе было 26,7% (8 женщин).

Все обследованные отмечали повышенный инфекционный индекс, частые стрессовые ситуации,

которые, как известно, приводят к функциональной лабильности гипоталамо-гипофизарной и иммунной систем, создающей определенный преморбидный фон. Из числа обследованных половина имела в анамнезе родственников первой линии, страдающих эндометриозом. Неэффективность длительного лечения воспалительных процессов внутренних половых органов была выявлена у 70% (21 пациентка) I группы и у 60% (18 женщин) II группы.

Женщины указывали на возникновение заболевания после патологических родов, искусственных и самопроизвольных абортов, диагностических выскабливаний и других внутриматочных вмешательств; диатермокоагуляции шейки матки, а также операций на матке и придатках 73,3% (22 пациентки) I группы и 80% (24 пациентки) II группы.

Бесплодие так называемого неясного генеза, то есть при проходимых трубах (подтвержденных гистеросальпингографией), овуляторных циклах, фертильной сперме и положительном тесте пенетрации выявлено у 33,3% женщин I группы (10 обследованных) и у 40% (12 женщин) II группы.

Ультразвуковое исследование с использованием трансабдоминального и влагалищного датчиков, дополненное доплерометрией кровотока в маточных артериях, проводилось всем пациенткам до начала лечения (5-7 день менструального цикла), в процессе терапии через 3-6 мес. на аппарате Philips HD11 на 5-7 день менструальноподобной реакции.

Учитывая, что специфичность определения уровня СА-125 при эндометриозе превышает 80%, нам представилось интересным изучить изменение уровня СА-125 в динамике до проведения терапии,

на фоне лечения и после в обеих группах. Учитывая изменение показателей в зависимости от фазы менструального цикла, был разработан и апробирован метод определения соотношения уровней СА-125 (Ед/мл), получаемых во время менструации (2-3 дни менструального цикла) и в середине первой его фазы – 7-9 день менструального цикла. СА-125 определялись иммунохимическим методом на аппарате Elecsis 2020 («Roche», Швейцария).

До начала лечения и через 6 мес. терапии определяли уровень гормонов в плазме крови гормональным анализатором Cobas Core («Roche», Швейцария) и тест-системами иммунохемилюминисценции «Immulite»: ФСГ (МЕ/л), ЛГ (МЕ/л), пролактин (мМЕ/л), тестостерон (нмоль/л), кортизол (нмоль/л), 17-ОП (нмоль/л), альдостерон (пг/мл), ТТГ (мМЕ/л) на 2-5 день менструального цикла. Были определены биохимические показатели (печеночные пробы, липидный спектр крови) с использованием биохимического анализатора Cobas Integra («Roche», Швейцария). Состояние свертывающей системы (фибриноген, антитромбин-III, тромбоциты) выявлялись с помощью коагулометрического анализатора KC 10A «Amelung-Coagulometer» (Германия).

Иммунологические показатели абсолютное и процентное содержание лимфоцитов, CD4+ (Т-лимфоциты хелперы-индукторы); CD8+ (Т-лимфоциты цитотоксические), CD4+/CD8+ (отношение хелперов-индукторов к цитотоксическим лимфоцитам) определяли методом прямой реакции иммунофлуоресценции с мечеными ФИТЦ мышиными моноклональными антигенами фирмы Becton Dickinson (США) с регистрацией результатов на проточном цитофлуориметре Becton Dickinson.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что в обеих группах на фоне лечения отмечалось снижение болевого синдрома: в I группе – у 26 пациенток (86,7%) и во II группе – у 30 (100%). В связи с различной степенью интенсивности болевого синдрома, все пациентки, согласно

При уровне КАА выше 3 в лечении необходимо использовать агонисты ГнРГ, возможно, в сочетании с Индинолом и Эпигаллатом. Имеющийся опыт данной терапии на небольшом количестве пациентов и достоверные изменения в клинических, инструментальных и лабораторных показателях, с достоверным уменьшением КАА позволяет нам рекомендовать сочетание Индинола и Эпигаллата с агонистами ГнРГ.



ЭПИГАЛЛАТ®

Эпигаллокатехин-3-галлат

ИНДИНОЛ®

Индол-3-карбинол

Негормональное блокирование гиперпластических процессов

Комбинация ЭПИГАЛЛАТ® + ИНДИНОЛ®

рекомендуется в составе комплексной терапии эндометриоза и миомы матки

- при начальных проявлениях заболевания
- при наличии противопоказаний к гормональной терапии
- в случае рецидивов после терапии агонистами ГнРГ

Рекомендуемая схема приема:

по 2 капсулы ЭПИГАЛЛАТА® и 2 капсулы ИНДИНОЛА® 2 раза в день

Эффективный курс – 6 месяцев



Регистрационное удостоверение № 77.99.23.У.1453.3.07 от 06.03.2007 г. Регистрационное удостоверение № 77.99.23.У.1451.3.07 от 06.03.2007 г. БАД. Не является лекарством.

Телефон горячей линии: 8-800-333-00-45



ЗАО «МираксФарма»
121059, Москва, ул. Брянская, д.5
Бизнес-центр «Европа Билдинг»
Тел.: +7 (495) 721 20 58
www.mirax-pharma.ru
www.indinol.ru

Таблица 1. Уровень гормонов в процессе терапии в группах обследования

№	Показатели	I группа (N = 30)		II группа (N = 30)	
		До лечения	Через 6 мес.	До лечения	Через 6 мес.
1	ФСГ (МЕ/л)	10,7 ± 0,9	7,6 ± 0,4 (p < 0,05)	11,3 ± 0,5	6,8 ± 0,7 (p < 0,05)
2	ЛГ (МЕ/л)	8,9 ± 0,2	6,4 ± 0,1 (p < 0,01)	8,7 ± 0,4	6,2 ± 0,8 (p < 0,01)
3	Пролактин (мМЕ/л)	346,7 ± 12,1	379,5 ± 11,2	368,2 ± 9,6	313,4 ± 10,3
4	17-ОП (нмоль/л)	1,3 ± 0,02	0,8 ± 0,004 (p < 0,05)	1,27 ± 0,05	0,76 ± 0,001 (p < 0,05)
5	Альдостерон (пг/мл)	77,8 ± 15,9	52,029 ± 16,049 (p < 0,01)	79,4 ± 12,6	47,54 ± 13,07 (p < 0,01)

Таблица 2. Изменение иммунологических показателей в процессе терапии в группах обследования

№	Показатели	I группа (N = 30)		II группа (N = 30)	
		До лечения	Через 6 мес.	До лечения	Через 6 мес.
1	CD4 + (x10 ⁹ /л)	0,8 ± 0,03	1,07 ± 0,05 (p < 0,05)	0,79 ± 0,02	1,11 ± 0,06 (p < 0,01)
2	CD8 + (x10 ⁹ /л)	0,35 ± 0,002	0,31 ± 0,02 (p < 0,05)	0,37 ± 0,001	0,26 ± 0,01 (p < 0,01)
3	CD4+/CD8+ (x10 ⁹ /л)	1,72 ± 0,13	1,8 ± 0,14 (p < 0,05)	1,73 ± 0,11	2,1 ± 0,17 (p < 0,01)
4	Лимфоциты (%)	27,8 ± 2,1	28,5 ± 1,9	27,4 ± 2,3	28,6 ± 2,1
5	Лимфоциты (x10 ⁹ /л)	1,91 ± 0,17	2,01 ± 0,19 (p < 0,05)	1,93 ± 0,15	2,3 ± 0,18 (p < 0,01)

шкале С. Mac Laverty et P. Shav, были разделены на подгруппы: легкой степени – слабая боль (1-3 балла) 17 (56,7%) в I группе, 15 (50%) во II группе; средней степени – умеренная боль (4-6 баллов) 10 (33,3%) и 9 (30%), соответственно в I и II группах, а также тяжелой – сильная (8-9 баллов), 3 (10%) и 6 (20%) соответственно. После проведенного лечения через 6 мес. в I группе болевой синдром легкой степени диагностировался у 24 женщин (80%), средней степени – у 5 (16,7%) и тяжелой степени у 1 (3,3%). Во II группе: у 25 (83,3%), средней степени – у 5 (16,7%), болевой синдром тяжелой степени после лечения в данной группе не выявлено.

Пролонгированные приемы КОК способствовали уменьшению кровопотери у всех женщин и, как следствие, снижению числа больных с анемией на 83,3% – в I группе и на 87,5% – во II группе.

В обеих группах уменьшилось количество пациентов с перименструальными кровомазаниями на 54,2% – в I группе и на 83,3% – во II группе.

Биохимические показатели и состояние свертывающей системы крови до лечения и в процессе терапии были в допустимых пределах и существенно не изменялись.

Уровень гормонов плазмы крови в обеих группах имел определенную тенденцию: при допустимых значениях, существенных изменений в процессе терапии ТТГ, кортизол, тестостерон не изменялись. Динамика остальных определяемых до лечения и через 6 мес. терапии гормонов представлена в таблице 1.

Достоверные различия в уровне гонадотропных гормонов до начала лечения и через 6 мес. отмечены в обеих группах обследования. Пролонгированный прием КОК способствовал снижению уровня ФСГ (p < 0,01) и в меньшей степени ЛГ (p < 0,05). Имеющийся умеренный антиальдостероновый эффект у гестодена, показанный нами в предшествующих работах (4, 5), отмечен и в данном исследовании. Причем снижение альдостерона было более выражено во II группе, получавших КОК с Индинолом и Эпигаллатом. Снижение 17-ОП

обусловлено комплексным воздействием, достоверно в обеих группах с незначительной разницей между группами. Интерес вызывает изменение уровня пролактина. Как известно, пролактин имеет тенденцию повышаться при приеме этинил-эстрадиола, входящего в состав современных КОК, представленных на нашем рынке, что порой затрудняет их назначения у женщин с синдромом гиперпролактинемии или склонных к повышению его уровня в связи с определенным преморбидным фоном. В I группе произошло не достоверное его увеличение, а во II – снижение уровня пролактина (p < 0,05).

Известно, что современные КОК положительно влияют на иммунные аспекты. Использование в комплексной терапии препаратов (Индиол и Эпигаллат), способствующих, в том числе положительному влиянию на общий иммунитет, потенцирует их действие. Таким образом, оказывается двойное воздействие на патологический процесс (гормоно- и иммуномодулирующее), что соответствует данному ранее определению эндометриоза как гормонозависимого заболевания на фоне нарушения иммунного гомеостаза (таблица 2).

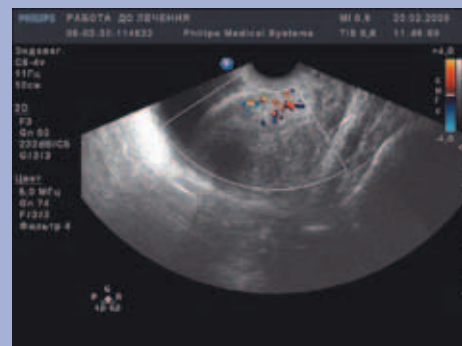
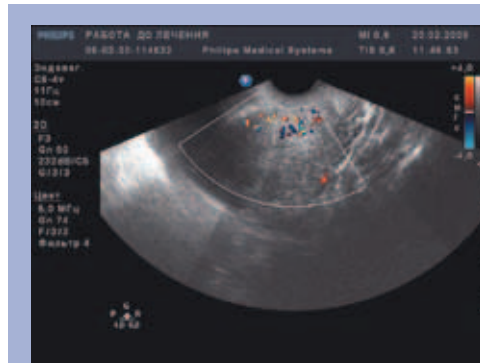
Изучение изменения показателей Т-лимфоцитов хелперов-индукторов (CD-4+) в процессе терапии имело тенденцию к повышению, при сниженных исходных показателях; кроме того, отмечено уменьшение Т-лимфоцитов цитотоксических, рассматриваемых как ключевой фактор прогрессирования аденомиоза (10), во время лечения во II группе и тенденция к снижению CD8+ в I группе. Отношение CD4+/CD8+ повышалось и в I, и во II группах, но при этом во II группе с достоверной разницей, что позволяет говорить о преимущественной пролиферации CD8+ и указывает на активацию клеточного иммунитета на фоне комбинации лечения КОК и Индинола с Эпигаллатом. Отмечена положительная динамика в нормализации как процентного, так и абсолютного количества лимфоцитов в обеих группах.

Исследования соотношения уров-

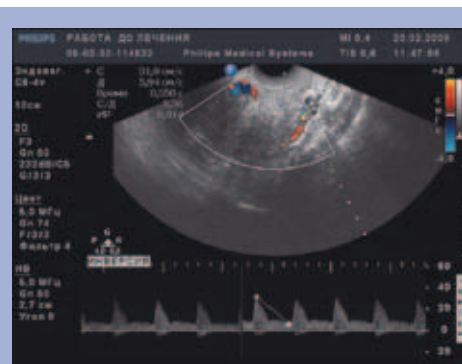
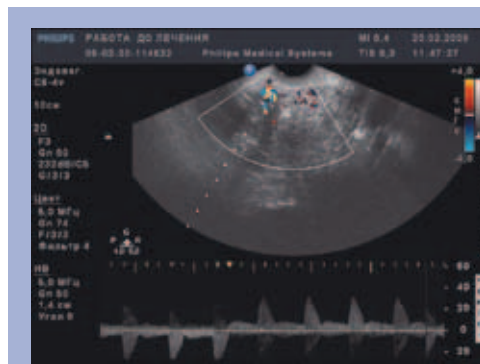
Индиол и Эпигаллат влияют не только на иммунологические и гормональные составляющие эндометриоза, но и на другие его звенья. Сочетание приема КОК с препаратами Индиол и Эпигаллат достоверно улучшает состояние пациенток с аденомиозом и является методом выбора терапии при легкой его степени.

ня СА-125, которое мы обозначили, как коэффициент активности аденомиоза КАА имело следующую тенденцию. Начальные уровни колебались в пределах от 1 до 5. При сопоставлении с клиническими проявлениями выявлено, что уровень коэффициента при неактивной форме аденомиоза был в пределах от 1 до 1,5. Уровень КАА выше 1,5 указывает, с нашей точки зрения, на активность процесса. В I и II группах были выделены в процессе определения введенного коэффициента КАА по две подгруппы (I A – I B и II A – II B), в которых уровень КАА определялся в интервалах от 1 до 1,5, от 1,5 и выше соответственно. При отборе пациентов в группы исследования нами был выявлен КАА до 5-9, что соответствовало средней и тяжелой степени аденомиоза как по клинической картине, так и по совокупности методов исследования. Данный контингент женщин в это исследование не вошел.

С целью выявления корреляционной связи и проведения сопоставления уровня КАА данным ультразвуковой картины, нами проводилось УЗИ-исследование по указанной выше методике. Исходная картина в обеих группах не имела выраженных отличий. Определяемый индекс резистентности (IR) в маточных сосудах при исходном ультразвуковом исследовании составил $0,83 \pm 0,06$ и $0,64 \pm 0,03$ в эндометриодных гетеротопиях. Кроме того, была выявлена достоверная асимметрия в кровотоках между обеими маточными артериями, причем в левой маточной артерии данный показатель был выше более чем на $0,3 \pm 0,04$. При этом поражение ближайших к эндометрию слоев миометрия не превышало 3 мм, определялась округлая форма матки за счет увеличения переднезаднего размера, асимметрия толщины стенок матки, при этом разница в толщине не превышала 2 мм, отмечалось наличие участков повышенной эхогенности в миометрии с прерывистым контуром, наличие гипо- и анэхогенных участков в диаметре до 2-3 мм (рисунки 1-4), что соответствовало литературным данным (1, 2, 8).



Рисунки 1, 2. Трансвагинальное сканирование. Участки повышенной эхогенности, гипо- и анэхогенные участки в миометрии до лечения



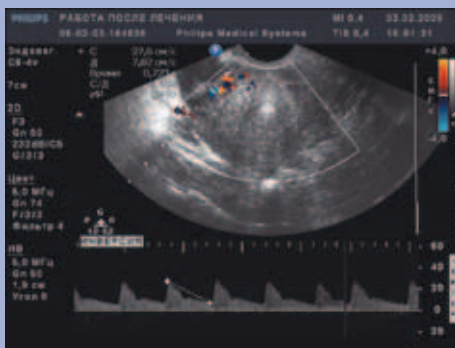
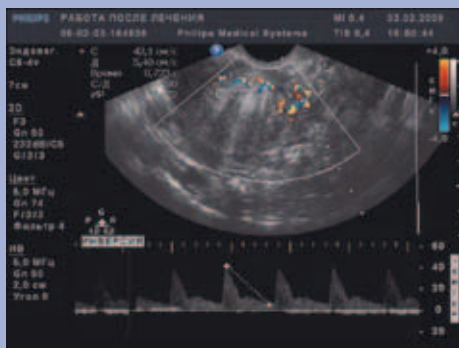
Рисунки 3, 4. Кривые скоростей кровотока в маточных артериях и эндометриодных гетеротопиях до лечения

В процессе лечения выявлены следующие показатели: в I группе IR снизился и стал соответствовать $0,74 \pm 0,04$ в маточных артериях, а во II группе – $0,68 \pm 0,05$, IR в эндометриодных гетеротопиях соответственно – $0,57 \pm 0,02$ и $0,44 \pm 0,07$. При анализе ультразвуковой картины отмечено не достоверное, но уменьшение переднезаднего размера матки, более выраженного во II группе, уменьшение количества гипо- и анэхогенных включений, а также их диаметра (после лечения диаметр гипо- и анэхогенных участков не превышал 1-2 мм, при исходном до 2-3 мм), поражение ближайших к эндометрию слоев миометрия, также, не превышало 3 мм (рисунки 5-8).

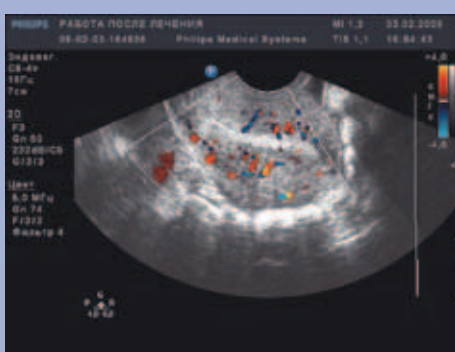
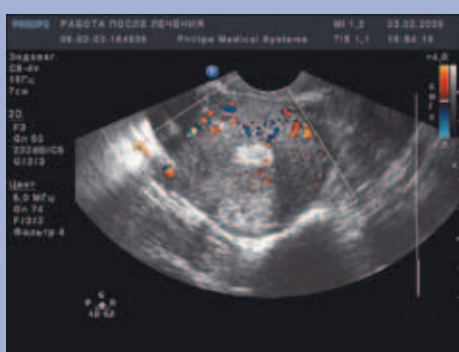
Учитывая, что в группах были выделены подгруппы согласно уровню КАА до 1,5 и выше 1,5, что нашло отражение в разделении данных групп на подгруппы А и В, мы считали возможным провести кор-

реляционный анализ коэффициента КАА и IR. Оказалось, что IR был выше в подгруппах В, при $p < 0,05$. После 6 мес. терапии во II группе (получавших в качестве лечения КОК в сочетании с Индинолом и Эпигаллатом) произошло достоверное снижение коэффициента КАА в II В, при отсутствии такового в I группе подгруппе В.

Заключение. Таким образом, можно сделать следующие выводы: клиническая и ультразвуковая картины легкой степени аденомиоза не всегда объективно оценивают тяжесть его течения. Наличие методики по определению уровня СА-125 в плазме крови, без учета предлагаемого нами расчетного коэффициента КАА, не достаточно отражает достоверность тяжести течения патологического процесса. Расчет КАА позволит выбрать патогенетически обоснованную тактику в выборе метода терапии. При показателе КАА (не превышающем



Рисунки 5, 6. Изменение IR в маточных артериях и эндометриодных гетеротопиях на фоне лечения



Рисунки 7, 8. Ультразвуковая картина уменьшения участков повышенной эхогенности, гипо- и анэхогенных участков на фоне лечения

1,5) с целью коррекции имеющихся нарушений и в качестве контрацептивного средства можно рекомендовать прием КОК в пролонгированном режиме. Если КАА превышает 1,5 необходимо сочетание с Индинолом и Эпигаллатом. При уровне КАА выше 3 в лечении необходимо использовать агонисты ГнРГ, возможно, в сочетании с Индинолом и Эпигаллатом. Имеющийся опыт данной терапии на небольшом количестве пациентов и достоверные изменения в клинических,

инструментальных и лабораторных показателях, с достоверным уменьшением КАА позволяет нам рекомендовать сочетание Индинола и Эпигаллата с агонистами ГнРГ.

Кроме этого, нами выявлена связь между изменениями коэффициента КАА и картиной ультразвукового исследования. Наличие методов определения активности аденомиоза зачастую основывается на применении инвазивных методов диагностики, что не всегда оправдано, особенно у паци-

енток с бесплодием в анамнезе. Использование УЗИ-диагностики и определения коэффициента КАА позволит снизить расходы на проведение исследования и в отдельных случаях отказаться от проведения инвазивных методов диагностики.

При анализе отдаленных результатов (через 12 мес.) отмечено наступление беременности в обеих группах, но процент наступления был выше во II группе (66,7% против 50% в I группе). При анализе наступления беременности в подгруппах оказалось, что в I группе все беременности наступили в подгруппе А (при КАА ниже 1,5), а во II группе из 8 забеременевших женщин 3 (37,5%) были из подгруппы В (КАА выше 1,5). Следовательно, использование в терапии Индинола и Эпигаллата в сочетании с приемом КОК в пролонгированном режиме повышает клинический эффект от проводимой терапии и способствует более высокому уровню наступления беременности.

Применение данного комплекса терапии способствовало повышению качества жизни. Пациенты II группы, принимавшие анксиолитики до начала лечения, через 6 мес. на фоне терапии отказались от них в связи со стабилизацией психического состояния, улучшения сна, снижения метеозависимости.

Таким образом, Индинол и Эпигаллат влияют не только на иммунологические и гормональные составляющие эндометриоза, но и на другие его звенья. Сочетание приема КОК с препаратами Индинол и Эпигаллат достоверно улучшает состояние пациенток с аденомиозом и является методом выбора терапии при легкой его степени.

Литература

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы // М.: Медицина. 1998; с. 320.
2. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологической практике // Искра Медикал Корпорейшн. 2002.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии // М.: МИА. 2002; с. 728.
4. Карахалис Л.Ю. Репродуктивное здоровье жительниц Краснодарского края: пути его улучшения // Краснодар: Совет Кубань. 2007; с. 124.
5. Карахалис Л.Ю., Федорович О.К., Каменских Г.В. Антиминералокортикоидное действие гестоденосодержащих контрацептивов // М.: Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». 2006; с. 545-546.
6. Сметник В.П. Фармакотерапия генитального эндометриоза // Consilium Medicum № 10. 2002; с. 8-12.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты // М.: Медицина. 1996; с. 330.
8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Трансвагинальная эхография 2Д- и 3Д-методы // М.: ОСЛН. 2006; с. 160.
9. Старцева Н.В. Дифференциальная терапия больных эндометриозом с учетом клинко-гормонально-иммунологических аспектов // М.: Автореф. дисс. д.м.н. 1994.
10. Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников: новые аспекты патогенеза, клиники и лечения.
11. Barlow D.H., Fernandes-Shaw S. Immune System. Endometriosis. Current Understanding and Management // Ed. R.W. Shaw. Or. Lit. 1995; 75-96.
12. Colvin R.B., Bhan A.K., M. Cluskey R.T. Diagnostic immunopathology – 2 ed // NY: Raven Press. 1995; 820.



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВА, ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»

16-ая МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

аптека

7-10 ДЕКАБРЯ 2009

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

СТАТИСТИКА

15-й Международной специализированной выставки "Аптека-2008" и Медико-фармацевтического конгресса

компании-участники
337 из 18 стран мира
посетители
12 717
посетители-специалисты
77%

Организатор:



ЕВРОЭКСПО

проходит совместно с

19-й международной выставкой "Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты"

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

7-11 ДЕКАБРЯ 2009

При поддержке:

Министерства здравоохранения и социального развития РФ
Министерства промышленности и торговли РФ
Российской академии медицинских наук
Общественной палаты РФ

Выставка проводится под патронатом:

Торгово-промышленной палаты РФ
Правительства Москвы



СТАТИСТИКА

18-й Международной выставки "Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты"

компании-участники
1060 из 40 стран мира
посетители
28 343
посетители-специалисты
94%

Вы можете посетить выставку бесплатно, заполнив анкету посетителя при входе в ЦВК «Экспоцентр»

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
СПОНСОР:

Фармацевтический
ВЕСТНИК

ОФИЦИАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННО-
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПАРТНЕР:

РЕМЕДИУМ
ГРУППА КОМПАНИЙ

ОРГАНИЗАТОР
ФОРУМА:

RPI

ИНФОРМАЦИОННЫЙ
СПОНСОР:

РОССИЙСКИЕ
АПТЕКИ

МЕДИА-ПАРТНЕРЫ:

МОСКОВСКИЕ
Аптеки

Рецепт
2009 ГОДА

НОВАЯ
АПТЕКА



АПТЕЧНОЕ ДЕЛО

Аптечный
БИЗНЕС

ЭКСПОЦЕНТР
МОСКВА

Tel.: +7 (495) 925 65 61/62

E-mail: info@aptekaexpo.ru

Директор выставки «Аптека»: Киселёва Екатерина

www.aptekaexpo.ru

В.Н. СЕРОВ,
академик РАМН,
профессор

В.Л. ТЮТЮННИК,
д.м.н.

Т.Э. КАРАПЕТАН,
к.м.н.

Г.Р. БАЙРАМОВА,
к.м.н.

НЦ АГиП им. В.И. Кулакова
Росмедтехнологий

Эффективность применения препарата Кандид при вульвовагинальном кандидозе

Анализ медицинской литературы последних лет показывает возросший интерес к проблеме микозов вообще и кандидоза слизистых оболочек в частности. Микозы – широко распространенная группа инфекций, вызванных большим числом (более 200) видов различных патогенных и условно-патогенных грибов (1, 2).

Краткий анализ современного состояния сложной проблемы микозов показывает:

- резкое увеличение за последнее время частоты и тяжести грибковых инфекций, в том числе с хроническим течением;
- значение иммунодефицитных состояний в возникновении, патогенезе, течении и исходе заболевания, в особенности в связи с исходными иммунодефицитами;
- большой удельный вес микозов в проблеме так называемых оппортунистических инфекций;
- влияние, как это не парадоксально, достижений в других областях медицины (успехи антибиотико- и гормонотерапии, комбинированная терапия, ряд хирургических вмешательств) на увеличение частоты и длительности течения микозов;

• трудности лечения микозов в связи с многообразием различных по свойствам видов грибов и локализацией патологического процесса.

В современных условиях во многих странах мира, в том числе и в России, отмечен рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают ведущее место в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. Известно, что влагалищные выделения являются симптомом инфекционных заболеваний разной этиологии, индикатором неблагополучия и риска перехода инфекции в верхние отделы репродуктивной системы женщины. Поэтому чрезвычайно важным является своевременное проведение дифференциальной диагностики с помощью клинико-лабораторных методов исследования с последующей адекватной этиотропной терапией (3, 4, 5).

Одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу являются генитальные поражения, обусловленные дрожжеподобными грибами рода *Candida* – вульвовагинальный кандидоз (ВВК). Согласно сводным данным бессимптомное носительство *Candida* обнаруживается в кишечнике у 20-50% здоровых

людей, на слизистой оболочке полости рта – у 20-60%, во влагалище – у 15-20% небеременных женщин. По данным литературы, 75% женщин репродуктивного возраста имеют, по крайней мере, один эпизод вагинального кандидоза. У беременных данное заболевание встречается в 30-40% случаев, перед родами этот показатель может достигать 45-50%. При этом дрожжеподобные грибы обнаруживаются в небольшом количестве ($< 10^3$ КОЕ/мл).

Вместе с тем, дрожжеподобные грибы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища и 10-20% женщин являются кандидоносителями. У данного контингента женщин отсутствуют клинические проявления заболевания при выявлении в низком титре дрожжеподобных грибов по данным микробиологических методов исследования. Под воздействием определенных экзо- и эндогенных факторов кандидоносительство может переходить в клинически выраженную форму и вызывать заболевание (1, 6, 7).

Следует также отметить высокую частоту возникновения кандидоза влагалища в период беременности, что обусловлено рядом факторов: изменениями гормонального баланса; накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища; иммуносупрессорным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови фактора иммуносупрессии, связанного с глобулинами. Установлена прямая связь между сроком гестации и частотой возникновения вагинального кандидоза.

Обобщая результаты проведенной нами оценки терапии вагинальным препаратом Кандид (клотримазол 100 и 500 мг), можно констатировать, что введение вагинальной таблетки Кандид при помощи аппликатора является удобным, эффективным и безопасным вариантом терапии острого вульвовагинального кандидоза.

Кандидозная инфекция часто связана с нарушениями микроценоза влагалища. В зависимости от состояния вагинального микроценоза выделяют 3 формы *Candida*-инфекции влагалища (6, 8, 9):

- бессимптомное кандидоносительство, при котором отсутствуют клинические проявления заболевания, дрожжеподобные грибы выявляются в низком титре ($< 10^4$ КОЕ/мл), а в составе микробных ассоциантов вагинального микроценоза абсолютно доминируют лактобациллы;

- истинный кандидоз, при котором грибы выступают в роли моно-возбудителя, вызывая клинически выраженную картину заболевания. При этом в вагинальном микроценозе в высоких титрах присутствуют грибы *Candida* ($> 10^4$ КОЕ/мл), лактобациллы ($> 10^6$ КОЕ/мл) при отсутствии диагностически значимых титров каких-либо других условно-патогенных микроорганизмов;

- сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза, при котором дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях как возбудители заболевания. В этих случаях дрожжеподобные грибы (чаще в высоком титре) обнаруживают на фоне массивного количества ($> 10^9$ КОЕ/мл) облигатно анаэробных бактерий и гарднерелл при резко снижении концентрации или отсутствии лактобацилл.

Принципиально важно различать 2 варианта поражения слизистых оболочек: с инвазией *Candida spp.* и без последней (1, 10).

Инвазивный кандидоз слизистых оболочек характеризуется развитием их фибринозного воспаления (в типичных случаях – так называемой молочницей), а при морфологических исследованиях мазков и биоптатов обнаруживают псевдомицелий и почкующиеся дрожжевые клетки.

По особенностям клинической картины выделяют псевдомембранозную (молочница) и эритематозную/атрофическую формы заболевания. Кроме того, в зарубежной литературе нередко употребляют термины осложненный и вторичный вагинальный кандидоз. К

осложненному кандидозу относят как хронические формы, так и нетипичную этиологию, выраженные клинические проявления, течение на фоне тяжелых предрасполагающих состояний (сахарный диабет, иммунодефицит и др.), то есть случаи, плохо поддающиеся терапии. К вторичному вульвовагинальному кандидозу обычно относят случаи возникновения инфекции на фоне существующего неинфекционного поражения половых органов.

При неинвазивном кандидозе клиническая картина существенно варьирует. Переходу кандидоносительства в заболевание способствует наличие в макроорганизме нарушений в неспецифическом и специфическом звеньях резистентности на местном и системном уровнях.

В настоящее время существует большой выбор различных антимикотических средств как локального, так и системного действия (11, 12, 13, 14).

Согласно рекомендациям CDC, Европейским стандартам диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем, терапия вульвовагинального кандидоза предполагает назначение системных азольных или местнодействующих противогрибковых средств. Кроме того, следует отметить, что препараты, применяемые беременными для лечения вагинального кандидоза должны отвечать следующим требованиям: низкая токсичность для плода и для матери, эффективность, переносимость, минимальная частота выработки резистентности у возбудителей и т.д. Интравагинальное применение антимикотиков следует признать предпочтительным из-за резкого снижения системной абсорбции препаратов, что сводит к минимуму потенциальную возможность нежелательных эффектов (13, 15, 16, 17, 18, 19).

До настоящего времени остается спорным вопрос об эффективности применения различных доз антимикотических средств, в частности препаратов, содержащих в своем составе клотримазол. В связи с этим представляется целесообразным проведение данного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Необходимо оценить клинико-микробиологическую эффективность и безопасность применения препарата Кандид (500 мг однократно или 100 мг 6 раз) в терапии острого вульвовагинального кандидоза, а также (500 мг однократно) для санации родовых путей перед родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 70 женщин, средний возраст которых составил $27,4 \pm 1,3$ года) с острым вульвовагинальным кандидозом (с клиническими проявлениями и микробиологической верификацией диагноза).

Критерии включения: клинические проявления вульвовагинального кандидоза, а также лабораторное подтверждение эпизода данного заболевания (почкующиеся клетки или гифы, определяемые при микроскопическом исследовании; положительный результат культурального исследования отделяемого влагалища для выявления грибов рода *Candida* с определением вида и количественной оценкой).

Для постановки диагноза острый вульвовагинальный кандидоз применяли клиническое и гинекологическое обследование: сбор анамнестических данных, жалоб пациентки, осмотр вульвы, слизистых влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное гинекологическое исследование. Микробиологическая диагностика основывалась на оценке состояния микроценоза влагалища по результатам комплексного исследования: микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму, и культурального исследования влагалищного содержимого.

Пациентки с подтвержденным диагнозом ВВК были разделены на следующие группы:

- I группа – 20 пациенток, получавших терапию препаратом Кандид В1, 500 мг (клотримазол) вагинальные таблетки, вводимые интравагинально однократно;

- II группа – 20 пациенток, получавших терапию препаратом Кандид В6, 100 мг (клотримазол) ваги-

Таблица 1. Клинические проявления острого вульвагинального кандидоза

Симптомы	Число больных (n = 70)	
	абс.	%
Выделения	67	95,7
Зуд во влагалище	68	97,1
Зуд в области вульвы	63	90,0
Жжение	27	38,6
Дизурические расстройства	20	28,6
Диспареуния	39	55,7
Гиперемия слизистой влагалища	70	100
Отек слизистой влагалища	70	100

Таблица 2. Частота выделения видов дрожжевых грибов из вагинального отделяемого у пациенток с вульвовагинальным кандидозом

Вид гриба	Число штаммов (n = 72)	
	абс.	%
<i>Candida albicans</i>	69	95,8
<i>Candida glabrata</i>	2	2,8
<i>Candida parapsilosis</i>	1	1,4

нальные таблетки, по 1 таблетке на ночь интравагинально в течение 6 дней;

- III группа – 30 женщин с доношенным сроком беременности, получавших препарат Кандид В1 500 мг (клотримазол) вагинальные таблетки, вводимые интравагинально однократно для санации родовых путей.

Контроль эффективности терапии оценивали через 7-10 дней и через 1 мес. (вне беременности) от начала лечения на основании динамики жалоб пациентки, клинических признаков заболевания: наличие характерных выделений из влагалища, зуда, жжения, гиперемии и отека слизистой влагалища и вульвы. При микробиологическом исследо-

вании лечение считали эффективным при отсутствии выраженной лейкоцитарной реакции по данным микроскопии и элиминации гриба при микроскопии и культуральном исследовании в процессе динамического наблюдения.

Оценка клинической эффективности используемых препаратов проводилась по следующим критериям:

- хороший эффект – излечение: отсутствие субъективной симптоматики (зуд, боль, жжение) и лабораторных признаков основного заболевания, отсутствие рецидивов ВВК в течение 12 мес. от начала терапии;

- удовлетворительный эффект – улучшение: отсутствие лабораторных признаков основного заболевания, положительная динамика субъективной (зуд, боль, жжение) и объективной симптоматики, недостаточное для отнесения эффекта к категории «хороший эффект»;

- неудовлетворительный эффект – отсутствие эффекта от проводимой терапии или ухудшение субъективной и объективной симптоматики, неоднократные рецидивы вульвовагинального кандидоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всем 70 пациенткам, включенным в исследование, диагноз ВВК был поставлен на основании жалоб, гинекологического осмотра, клинических проявлений заболевания и подтвержден данными микроскопии вагинальных мазков и культурального исследования влагалищного содержимого. Клинические симптомы, отмеченные у пациенток до начала проводимой терапии представлены в таблице 1.

Большинство пациенток предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей – 67 (95,7%) женщин, сопровождающихся зудом в области влагалища – у 68 (97,1%) и вульвы – у 63 (90%). Диспареуния отмечена у 39 (55,7%) женщин; жжение в области наружных половых органов – у 27 (38,6%), дизурические расстройства – у 20 (28,6%) пациенток. Стоит отметить, что при гинекологическом осмотре у всех пациенток отмечались гиперемия и отек слизистой оболочки влагалища, шейки матки и вульвы, которые носили выраженный характер.

Микробиологическое исследование пациенток показало, что у 59 женщин (84,3%) диагностирован классический вариант ВВК, у 10 (14,3%) – сочетанная форма бактериального вагиноза и ВВК, в 1 случае (1,4%) грибы выделялись в ассоциации с кишечной палочкой и эпидермальным стафилококком в высоком титре при отсутствии лактобацилл. При идентификации дрожжевых грибов (таблица 2) было установлено, что они были представлены родом *Candida*. У 68 женщин (97,1%) дрожжевые грибы выделены в монокультуре и у 2 (2,9%) – в ассоциации.

Всего идентифицировано 72 штамма грибов: 69 штаммов (95,8%) *Candida albicans*, и 3 штамма (4,2%) – не-*albicans* (*Candida glabrata* – 2 и *Candida parapsilosis* – 1).

Оценку эффективности лечения ВВК проводили при контрольном микробиологическом исследовании через 7 дней после лечения. Сравнительные результаты оценки состояния микроценоза влагалища, по данным микроскопии вагинального мазка и культурального

Таблица 3. Сравнительная оценка состояния вагинального микроценоза до и после лечения ВВК пациенток группы I

Состояние вагинального микроценоза (n = 70)					
До лечения			После лечения		
Микроскопия	Посев	Всего	Микроскопия	Посев	Всего
ВВК (классический вариант)	<i>Lactobacillus spp.</i> – 6-8 lg Кое/мл, <i>Candida spp.</i> – 6-7 lg Кое/мл	59	Н	<i>Lactobacillus spp.</i> – Кое/мл, УПМ – 3-4 lg Кое/мл	57
			НВ	<i>Lactobacillus spp.</i> – 6 lg Кое/мл, <i>E. coli</i> – 6 lg Кое/мл	2
БВ + ВВК	<i>Candida spp.</i> – 7 lg Кое/мл	10	Н	<i>Lactobacillus spp.</i> – 6-7 lg Кое/мл	6
			БВ	<i>Lactobacillus spp.</i> – 3-5 lg Кое/мл	4
			ПФ		
НВ + ВВК	<i>Candida glabrata</i> – 7 lg Кое/мл, <i>E. coli</i> – 6 lg Кое/мл	1	Н	<i>E. coli</i> – 3 lg Кое/мл <i>Candida glabrata</i> – 3 lg Кое/мл	1

Примечание: БВ – бактериальный вагиноз; ПФ – промежуточная форма; НВ – неспецифический вагинит; Н – нормоценоз, УПМ – условно-патогенные микроорганизмы.

КАНДИД

Клотримазол

Индивидуальная высокоэффективная
терапия и профилактика
вульвовагинального кандидоза

ЭФФЕКТИВНО

БЫСТРО

БЕЗОПАСНО



- Лечение острого и хронического вульвовагинального кандидоза
- Быстрое купирование воспаления зуда и жжения
- Санация родовых путей перед родами

Неосложненный вульвовагинальный кандидоз Острый, впервые возникший			
Кандид 500 мг	однократно	или Кандид Гель	по 5 г 6 дней при интенсивном зуде и жжении
Осложненный вульвовагинальный кандидоз Хронический (рецидивирующий)			
Кандид Гель	по 5 г 6 дней при интенсивном зуде и жжении	или Кандид 100 мг	6 дней по 1 таблетке
Профилактика рецидивов после курса лечения			
Кандид 500 мг	по 1 таблетке еженедельно в течение 6 месяцев		
Вульвовагинальный кандидоз у беременных женщин (II, III триместры)			
Кандид Гель	по 5 г 6 дней при интенсивном зуде и жжении	или Кандид 100 мг	6 дней по 1 таблетке
Санация родовых путей перед родами			
Кандид 500 мг	однократно		

исследования, представлены в таблице 3.

Установлено, что при контрольном исследовании элиминация дрожжевых грибов из вагинального отделяемого достигнута у 69 женщин (98,6%). У 1 пациентки (1,4%) микроскопическая картина вагинального микроценоза соответствовала норме, но при культуральном исследовании выделена *Candida glabrata* в низком титре (3 Ig Кое/мл). Клинических проявлений и жалоб со стороны пациентки не было. Совпадение биокода и чувствительности к антимикотикам штаммов *Candida glabrata* до и после лечения указывает на их идентичность. Что касается чувствительности к антимикотикам, то штамм *Candida glabrata* сохранил чувствительность ко всем изученным препаратам, в том числе к имидазолам, к числу которых относится клотримазол – основа препарата Кандид.

У всех пациенток с классической формой ВВК, когда дрожжевые грибы вегетируют на фоне нормофлоры, после лечения достигнута элиминация грибов. Микроценоз у 57 из 59 пациенток соответствовал критериям нормы, а в 2 случаях диагностирован НВ, обусловленный кишечной палочкой. Из 10 пациенток с сочетанной формой ВВК и БВ в 6 случаях достигнута элиминация не только дрожжевого гриба, но и микрофлоры, ассоциированной с БВ с последующим восстановлени-

ем лактофлоры. В 4 случаях грибы после лечения не обнаружены, а титр облигатных анаэробов практически не изменился. В случае сочетания ВВК, обусловленного *Candida glabrata*, и НВ, ассоциированного с *E. coli* после лечения отмечали значительное снижение титра *Candida glabrata* и *E. coli* (до 3 Ig Кое/мл).

При последующем отдаленном (через 28-31 день) обследовании ни у одной женщины (группы I и II) не было выявлено рецидива ВВК. Ни одна из пациенток не отмечала возникновение побочных реакций, связанных с местным применением клотримазола. При опросе, проведенном после окончания лечения, большинство беременных считали терапию удобной и эффективной.

Обобщая результаты проведенной нами оценки терапии вагинальным препаратом Кандид (клотримазол 100 и 500 мг), можно констатировать, что введение вагинальной таблетки Кандид при помощи аппликатора является удобным, эффективным и безопасным вариантом терапии острого вульвовагинального кандидоза. При проведенной нами клинической оценке – введение клотримазола оказалось не менее эффективным, чем применение других широко рекомендуемых препаратов. При этом у большинства пациенток, получавших Кандид, было отмечено быстрое исчезновение симптомов заболевания, что, очевидно, связано с особенностями фармакокинетики данного

препарата. Как и другие исследователи, мы отметили, что неудачи терапии вульвовагинального кандидоза клотримазолом могут быть связаны с массивной колонизацией влажной *C. albicans* или наличием устойчивых к препарату штаммов не *C. albicans* (*C. glabrata*, *C. parapsilosis* и др.), поэтому в последнем случае целесообразны повторные курсы терапии.

Таким образом, клиническая оценка эффективности и переносимости терапии вагинальными таблетками Кандид в терапии острого вульвовагинального кандидоза показала хорошую переносимость и высокую эффективность терапии данным препаратом. Практически у всех женщин были отмечены клиническое выздоровление и микробиологическое излечение. Повторные курсы терапии потребовались пациенткам с оставшимися слабо выраженными клиническими симптомами вульвовагинального кандидоза. Побочных эффектов терапии не было отмечено ни в одном случае. Высокая эффективность, переносимость и безопасность терапии вагинальным препаратом Кандид, а также экономические аспекты терапии, то есть доступная цена препарата. Необходимо отметить, что возможность однократного приема, позволяет рекомендовать терапию вагинальными таблетками Кандид в качестве эффективного метода лечения кандидозного вульвовагинита. 

Литература

- Сergeev A.Yu., Sergeev Yu.B. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение // М.: Триада-Х, 2001; с. 472.
- Paul L., Fidel J. History and Update on Host Defense Against Vaginal Candidiasis. // Am. J. of Reproductive Immunology. 2007; Vol. 57; № 1: 1-10.
- Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем // Нижний Новгород: НГМА. 2001; с. 416.
- Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др. Микробиология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. // М.: ВУНМЦ МЗ РФ. Учебное пособие. 1999; с. 80.
- Shi W.M., Mei X.Y., Gao F. et al. Analysis of genital *Candida albicans* infection by rapid microsatellite markers genotyping. // Chin. Med. J. 2007; Vol. 120, № 11: 975-80.
- Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Вагинальный кандидоз. // М.: 1997; с. 40.
- Watson C., Calabretto H. Comprehensive review of conventional and non-conventional methods of management of recurrent vulvovaginal candidiasis. // The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2007; Vol. 47. № 4: 262-272.
- Серов В.Н., Тютюник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: особенности течения и принципы лечения. // Фарматека. 2005; № 15 (110): с. 38-43.
- Тютюник В.Л. Вагинальный кандидоз у беременных: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. // Фарматека. 2003; № 11 (74): с. 62-65.
- Тютюник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: современные представления и основные принципы лечения. // Медицинский вестник. 2005; № 23 (330): с. 14-15.
- Карпетян Т.Э., Тютюник В.Л. Современные аспекты лечения кандидозного вульвовагинита. // Русский медицинский журнал. 2004; Т. 12, № 13 (213): с. 752-754.
- Крымшоколова З.С. Применение новых препаратов-пробиотиков при вагинальных дисбактериозах // Дисс канд. мед. наук. М., 1999.
- Серов В.Н., Твердикова М.А., Тютюник В.Л. Клиника, диагностика и лечение урогенитального кандидоза. // Фарматека. 2004; № 15 (92): с. 28-32.
- Fidel P. History and update on host defense against vaginal candidiasis. // Am. J. Reprod. Immunol. 2007; Vol. 57, № 1: 2-12.
- Chatwani A.J., Mehta R., Hassan S. et al. Rapid testing for vaginal yeast detection: a prospective study. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; Vol. 196, № 4: 309-314.
- Falagas M.E., Betsi G.I., Athanasiou S. Probiotics for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis: a review. // J. Antimicrob. Chemother. 2006. Vol. 58, № 2: 266-272.
- Paulitsch A., Weger W., Ginter-Hanselmayer G. et al. A 5-year (2000-2004) epidemiological survey of *Candida* and non-*Candida* yeast species causing vulvovaginal candidiasis in Graz, Austria. // Mycoses. 2006; Vol. 49, № 6: 471-475.
- Rode M.E., Morgan M.A., Rucelli E.A. et al. *Candida* chorioamnionitis after serial therapeutic amniocenteses: a possible association. // J. Perinatol. 2000; Vol. 20, № 5: 335-337.
- Us E., Cengiz S.A. Prevalence and phenotypic evaluation of *Candida dubliniensis* in pregnant women with vulvovaginal candidiasis in a university hospital in Ankara. // Mycoses. 2007; Vol. 50, № 1: 13-20.

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



19-я международная выставка
«Здравоохранение, медицинская техника
и лекарственные препараты»

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

7-11 декабря 2009



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЫСТАВОЧНЫЙ КОМПЛЕКС «ЭКСПОЦЕНТР»

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Тел.: (499) 795-28-72, 795-28-71, 795-39-43
Факс: (495) 609-41-68, (499) 795-25-76
E-mail: gureeva@expocentr.ru
www.zdravo-expo.ru
www.expocentr.ru

Организатор: ЗАО «ЭКСПОЦЕНТР»

При поддержке:

- Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Роль интерферонотерапии в лечении неспецифических вагинитов

И.Б. МАНУХИН,
д.м.н.

М.А. ЦАРЬКОВА,
к.м.н.,
МГМСУ

По многочисленным наблюдениям *Ureaplasma* и *Mycoplasma* являются ведущими этиологическими агентами воспалительных заболеваний женской половой сферы, которые приводят к выраженным нарушениям репродуктивной функции (цервициты, эндометриты, сальпингофориты, хореоамниониты, неонатальные инфекции и др.). Частота выявления этих бактерий у женщин репродуктивного возраста достигает 46–48%, а при наличии хронического воспалительного процесса в различных отделах половой системы – до 70%. Очень часто отмечается совместное выявление уреоплазм, микоплазм и анаэробной микрофлоры.

Микоплазмы относятся к классу *Mollicutes* семейства *Mycoplasmataceae*, роду *Mycoplasma*. К этому же семейству относится и род *Ureaplasma* (представитель – *Ureaplasma urealyticum*) – микроорганизмы, способные выделять фермент уреазу, расщепляющий мочевины. Это мелкие (микоплазмы диаметром 3–5 мкм, уреоплазмы – 10–30 мкм) грамотрицательные микроорганизмы, отличающиеся значи-

тельным полиморфизмом микроструктур и многообразием форм репродукции, могут определяться в мочеполовых органах, в том числе у практически здоровых женщин. По строению они более сходны с вирусами, от бактерий их отличает отсутствие ригидной клеточной стенки.

Уреоплазмоз передается при половых контактах, в связи с чем многие авторы относят данное заболевание к инфекциям, передающимся половым путем. Факторами, усиливающими потенциальную патогенность *Ureaplasma*, являются: нарушения иммунологической реактивности, гормональный дисбаланс, оперативные вмешательства, а также предшествующие или сопутствующие заболевания воспалительного генеза, беременность, роды, прерывание беременности.

Основной способ распространения *Ureaplasma urealyticum* – по протяжению внутренней оболочки мочеполовых путей. Нельзя также исключить возможность лимфогенного и гематогенного путей распространения.

При лечении уреоплазмоза и микоплазмоза используют анти-

биотики, ингибирующие синтез мембранных и внутрицитоплазматических белков. В связи с отсутствием клеточной стенки данные микроорганизмы устойчивы к антибиотикам, ингибирующим ее синтез, в частности, препаратам группы пенициллина. С целью иммунокоррекции используют широкий спектр иммуномодулирующих средств, направленных как на врожденное, так и на адаптивное звено иммунитета. Терапия должна способствовать нормализации микробиоценоза влагалища, а также профилактике рецидивов заболевания. Кроме того, важными аспектами являются хорошая переносимость лекарственного препарата и удобство его применения.

В последние годы в комбинированной терапии неспецифических вагинитов нашли широкое применение препараты интерферона-α, а также индукторы эндогенных интерферонов.

Интерферон-α оказывает противовирусное, иммуномодулирующее и антипролиферативное действие. Противовирусный эффект опосредован активацией ряда внутриклеточных ферментов, 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,

Факторами, усиливающими потенциальную патогенность *Ureaplasma*, являются: нарушения иммунологической реактивности, гормональный дисбаланс, оперативные вмешательства, а также предшествующие или сопутствующие заболевания воспалительного генеза, беременность, роды, прерывание беременности.

претерпевших опухолевую трансформацию. Это достигается за счет активации CD8 + T-киллеров, NK-клеток, усиления дифференцировки B-лимфоцитов и продукции ими антител, активации моноцитарно-макрофагальной системы и фагоцитоза, а также повышения экспрессии молекул главного комплекса гистосовместимости I типа, что увеличивает вероятность распознавания инфицированных клеток клетками иммунной системы. Активизация под воздействием интерферона 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.

Широкое распространение препаратов интерферона, прежде всего, генно-инженерного происхождения, в практике здравоохранения как в нашей стране, так и за рубежом, обуславливается тем, что интерфероны являются важнейшим звеном реакций врожденного иммунитета при самых различных заболеваниях. Особенно актуально применение препаратов интерферона при инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта, в патогенезе которых значительную роль играют вирусно-бактериальные ассоциации и вторичный иммунодефицит, нередко выражающийся в супрессии продукции интерферона-α.

Экспериментальные исследования и опыт практического применения препаратов интерферона доказали, что их парентеральное введение целесообразно не при всех заболеваниях. Препараты, предназначенные для местного применения (мази, суппозитории, капли и т.д.) при ряде нозологических форм оказываются эффективнее, так как способны обеспечить более высокие концентрации препарата непосредственно в очаге поражения при отсутствии побочных эффектов,

Таблица 1. Основные клинические проявления неспецифических вагинитов

Группы больных	Жалобы					Характер выделений						Патологический процесс	
	отсутствовали	зуд, жжение	дисурические расстройства	диспареуния	бели	скудные	Умеренные	обильные	слизистые	«молочные»	«творожистые»	эктопия ШМ	кандидозный вульвовагинит
1	-	4	5	1	16	5	5	10	0	17	3	8	3
2	-	7	4	3	20	8	4	8	2	18	0	6	
3	-	3	2	8	17	2	6	12	7	10	3	3	3

свойственных парентеральному введению высоких доз интерферона. Однако следует заметить, что при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта важным является не только местное действие интерферона, но и общее, позволяющее достичь системного иммуномодулирующего и противовирусного эффекта. Особенно большое значение при лечении урогенитальных инфекций имеет накопление препарата в органах малого таза, ввиду того, что распространение инфекции при этих заболеваниях нередко носит восходящий характер. Поэтому данные о фармакокинетике препаратов интерферона, вводимых в виде суппозитория, представляют большой практический интерес.

Применение препаратов интерферона в комплексной терапии больных неспецифическим вагинитом приводит не только к улучшению клинического состояния больных, но также и к восстановлению иммунного статуса. При этом следует отметить обратимый характер изменений иммунной реактивности, показатели которой нормализуются после лечения, что сочетается с обратным развитием клинических признаков заболевания. Поскольку местное применение интерферонов обладает меньшими побочными эффектами, чем парентеральное их введение, область их использования быстро расширяется. Одним из препаратов данной группы является Генферон, нашедший свое применение в терапии широкого спектра

инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта, в том числе генитального герпеса, папилломавирусной инфекции, уреаплазмоза, микоплазмоза, хламидиоза, рецидивирующего вагинального кандидоза, бактериального вагиноза и др.

Генферон – комбинированный препарат, действие которого обусловлено лечебными свойствами компонентов (ИФН-α2b, таурин, анестезин), входящих в его состав. Описанные выше эффекты интерферона-α потенцируются действием таурина, который обладает регенерирующими, репаративными, мембранопротекторными, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Анестезин – местный анестетик, препятствует возникновению болевых ощущений. Данное сочетание компонентов представляется весьма рациональным для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта, а также нарушений вагинального микробиоценоза.

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение клинической эффективности препарата Генферон, который применяется в комплексной терапии больных с неспецифическими вагинитами. Лечение рекомендовали тем пациентам, у которых при исследовании на наличие *Ureaplasma urealyticum* и *M.genitalis* выявлен высокий титр возбудителя (>10⁴ КОЕ/мл). Выздоровление оценивали в соответствии с общепринятыми стандартами лечения. Критериями являлись: устранение клинических

Таблица 2. Схемы применения антибактериальных препаратов

Препарат	Схема применения
Рифампицин	1 день 900 мг, 2,3,4 дни по 150 мг 4 раза в сутки
Рулид	по 150 мг 2 раза в сутки 10 дней
Макропен	по 400 мг 3 раза в сутки 10 дней
Вильпрафен	по 250 мг 2 раза в сутки 10 дней
Кларитромицин	по 250 мг 2 раза в сутки 10 дней
Эритромицин	по 500 мг 4 раза в сутки 14 дней
Офлоксацин	по 400 мг 2-3 раза в сутки 10 дней
Абактал	по 400 мг 2 раза в сутки 7-14 дней
Ципрофлоксацин	по 125-500 мг 2 раза в сутки 5-15 дней
Тетрацилин	по 500 мг 4 раза в сутки 12-14 дней
Доксициклин/Вибрамицин	по 100 мг 2 раза в сутки 14-21 день
Метациклин	1-й день 600 мг, далее 9 дней по 300 мг 3 раза в сутки
Гентамицин	по 80 мг 2 раза в сутки 5-7 дней в/м

проявлений заболевания и элиминация инфекционного агента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 60 женщин в возрасте 18-36 лет с уреоплазменной и микоплазменной инфекцией.

I группа – 20 пациенток, получали антибактериальную терапию и вагинальные свечи Кипферон, II группе – 20 пациенток – был назначен Виферон в дозе 1000000 МЕ 2 раза в сутки ректально в сочетании с антибактериальной терапией, в III группе 20 пациенток получали антибактериальную терапию и суппозитории Генферон в дозе 500000 МЕ 2 раза в сутки вагинально. Курс лечения составил 10 дней во всех группах (таблица 1).

Для лечения уреоплазменной и микоплазменной инфекции ис-

пользовали тетрациклины, макролиды, офлоксацины. Схема применения антибактериальных препаратов представлена в таблице 2.

После курса антибиотикотерапии (через 7-10 дней), с целью восстановления микробиоценоза влагалища, рекомендовали проведение терапии эубиотиками (Ацилакт, Бифидумбактерин) в течение 7 дней.

Контроль излеченности проводили через 10 дней после окончания терапии (культуральное исследование отделяемого) и далее, в течение 3 менструальных циклов (забор осуществляли после окончания менструации через 1-2 дня).

У большинства пациенток были выявлены сопутствующие воспалительные заболевания влагалища. При бактериальном вагинозе назначался орнидазол 500 мг 2

раза в сутки в течение 3 дней, при вагинальном кандидозе – Флюкостат 150 мг 2 раза с интервалом в 7 дней. На протяжении всего лечения пациенты пользовались методами барьерной контрацепции. В процессе всего лечения и последующего контроля не рекомендовалось применение других иммуномодулирующих препаратов, помимо исследуемых. Распределение пациентов по группам проводилось рандомизированно – методом случайной выборки. В процессе исследования проводилось физикальное обследование, ПЦР – диагностика, бактериологическое исследование, микроскопия мазков, окрашенных по Граму, цитологическое исследование мазков, окрашенных по Папаниколау, кольпоскопия.

Критерии излеченности уреоплазменной и микоплазменной инфекции: отрицательный результат бактериологического исследования в течение 3 менструальных циклов, отсутствие местных воспалительных явлений.

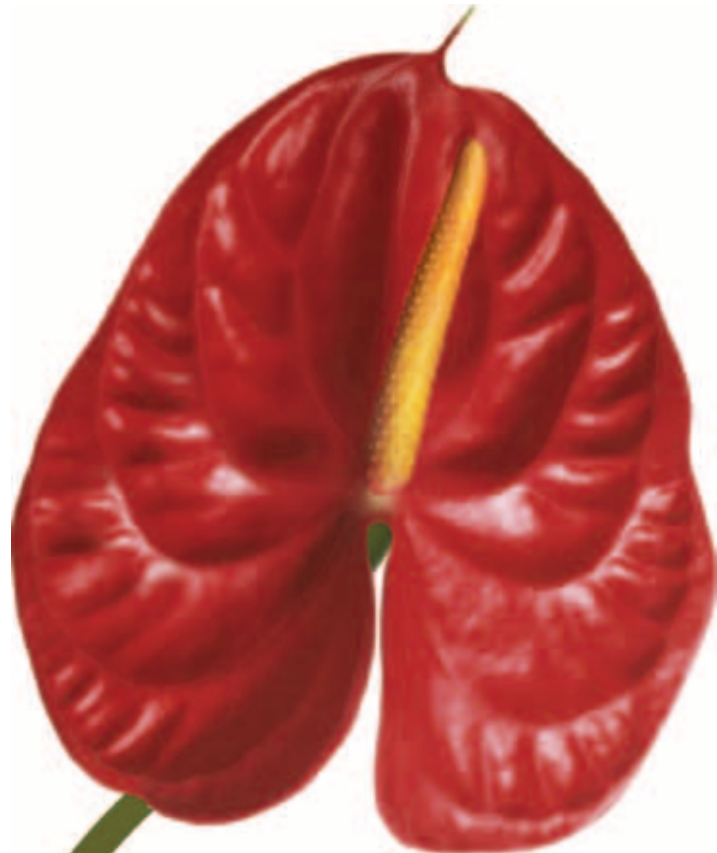
Исследования на наличие возбудителя проводили с использованием тест-систем *Mycoplasma duo* («BIO-RAD», Франция), позволяющих определить концентрацию возбудителя в исследуемом материале. Обнаружение возбудителя в исследуемом материале более чем в 10^4 КОЕ/мл свидетельствовало о наличии выраженного инфекционного процесса. Проводили цитологическое исследование, а также оценивали состояние флоры влагалища. Забор материала проводили с помощью цитощеток и ложек Фолькмана.

ИСХОДНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ

Анализ анамнеза у 60 больных с диагностированной уреоплазменной и микоплазменной инфекцией показал, что обращались к врачу с жалобами пациентки молодого возраста 18-36 лет, большинство из них с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Из перенесенных инфекций половых путей наи-

Интерферон-α оказывает противовирусное, иммуномодулирующее и антипролиферативное действие. Противовирусный эффект опосредован активацией ряда внутриклеточных ферментов, 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.





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

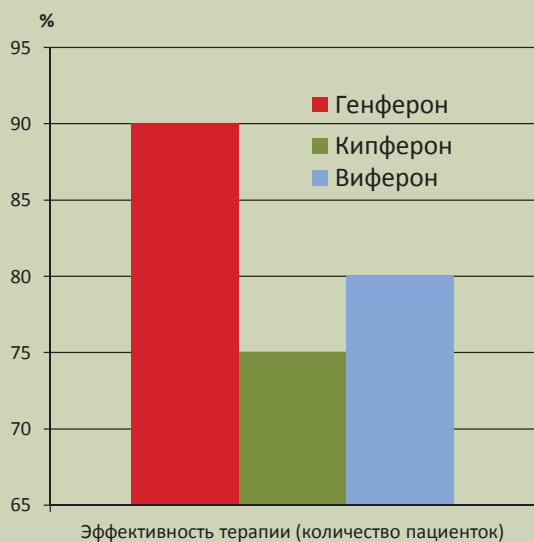


Рисунок 1. Сравнительная эффективность терапии неспецифических вагинитов исследуемыми препаратами

более часто встречались: уреоплазмоз – 30%, хламидиоз – 14%, ВПЧ – 7%, ЦМВ, ВПГ и кандидоз ранее встречались у 3% больных. У 29 (48,3%) обследованных были в анамнезе и подтверждены при исследовании хронические воспалительные заболевания. Преобладали хронический сальпингоофорит и хронический цистит, 40% пациенток были направлены на консультацию к урологу. Эктопия шейки матки выявлена у 10 пациенток (34,5%). Оценка симптоматики заболеваний показала, что частыми жалобами являлись выделения из половых путей различной интенсивности, жжение и зуд в области влагалища и вульвы, тянущие боли внизу живота.

При исследовании на наличие *Ureaplasma* и *Mycoplasma* выявлен высокий титр возбудителя ($>10^4$ КОЕ/мл) у 100% обследо-

ванных. Грибы рода *Candida* выявлены у 20% больных, бактериальный вагиноз у 13,3% (8 пациенток).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты контрольного бактериологического исследования продемонстрировали высокую эффективность проведенного лечения.

В группе пациентов, в комплексном лечении которых применялся Генферон, была достигнута более высокая частота элиминации инфекционного агента, чем при применении других иммуностропных лекарственных препаратов. Положительный результат получен у 18 пациенток (90%) в группе «антибактериальный препарат + Генферон». Повторное выявление возбудителя после лечения антибактериальными препаратами в сочетании с Генфероном наблюдалось у 2 пациенток (10%). При этом у данных пациенток отсутствовали какие-либо клинические проявления заболевания. При бактериологическом исследовании на наличие уреоплазм и микоплазм выявлен низкий титр возбудителя ($<10^4$ КОЕ/мл), что свидетельствовало о носительстве этих возбудителей и отсутствии инфекционного процесса. Этим пациентам повторный курс лечения неспецифического вагинита не проводился, было рекомендовано в течение трех менструальных циклов проводить бактериологическое исследование. Однако роста возбудителей не было выявлено – титр оставался низким.

В то же время, при применении антибактериальной терапии и Виферона положительный результат наблюдался у 75% пациенток, при применении антибактериальной


терапии и Кипферона – у 80% пациенток (рисунок 1).

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на наличие обширного спектра антибактериальных и иммуномодулирующих препаратов, проблема рецидивирующих урогенитальных инфекций бактериальной этиологии актуальна до сих пор. Пациентки с диагнозом неспецифического вагинита являются постоянными посетителями не только кабинета гинеколога, но и уролога.

Анализ результатов данного исследования свидетельствует о том, что комплексная терапия уреоплазменной и микоплазменной инфекции с использованием препарата Генферон имеет наибольшую эффективность. Применение антибактериальной терапии в сочетании с Генфероном позволило достичь положительного результата у 90% пациенток.

Применение препарата Генферон в комбинации с антибактериальной терапией хорошо переносится пациентами, не вызывает местных и системных реакций, уменьшает болевой синдром, способствует элиминации возбудителя, снижает частоту рецидивов заболевания.

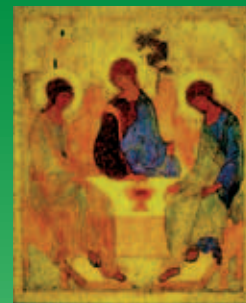
Результаты исследования позволяют сформулировать следующие рекомендации по применению препарата Генферон при лечении неспецифических вагинитов: назначение антибактериального препарата после определения чувствительности при культуральном исследовании и параллельное назначение Генферона в дозе 500000 МЕ 2 раза в сутки вагинально 10 дней. После курса антибиотикотерапии с целью восстановления микробиоценоза влагалища – назначение эубиотиков в течение 7-10 дней. 

Литература

1. Воропаева Е.А., Афанасьев С.С., Алешкин В.А. и др. Новый иммунобиологический препарат «Кипферон, суппозитории» при лечении хронического уреоплазмоза у женщин // Гинекология. 2006, том 8; № 3: 32-36.
2. Венгерский А.И., Пестерев П.Н., Зуев А.В. Применение препарата Генферон для терапии вирусных урогенитальных инфекций. // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2007; № 2.
3. Воропаева Е.А., Афанасьев С.С., Кудрявцева М.В. и др. Микробиология и показатели гуморального иммунитета влагалища женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий // Микробиология. 2005, № 3; 9-65.
4. Кисина В.И., Загребина О.С. и др. Современное состояние вопроса о значении *Ureaplasma urealyticum* в генезе урогенитальных заболеваний // Инфекции, передаваемые половым путем. 2008, № 1: 8-16.
5. Молочков В.А., Трапезникова М.Ф., и др. Инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов у женщин (клиника, диагностика, лечение) // Учебное пособие. 2003. М.



XVII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



12–16 апреля 2010 года • Москва

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство образования и науки Российской Федерации
Российская академия наук
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская академия последиplomного образования
Фонд «Здоровье»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Новые технологии в современном образовании врача ■ Основные заболевания человека. Высокотехнологичные методы диагностики и лечения ■ Социально значимые заболевания человека. Этапы оказания медицинской помощи
■ Новые инфекционные заболевания. Современные принципы диагностики и терапии ■ Избыточный вес – фактор риска социально значимых болезней ■ Социально-психологические проблемы здоровья человека ■ Заболевания детского возраста. Новые технологии в лечении и профилактике ■ Лекарства и пожилые люди ■ Фармакоэпидемиология, фармаконадзор и фармакоэкономика. Актуальные вопросы

Научная программа Конгресса включает: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (атеросклероз)
- Пульмонология
- Гастроэнтерология
- Клиническая фармакология
- Дерматология
- Стоматология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (гепатология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Инфекционные болезни
- Неврология
- Клиническая фармакология
- Гастроэнтерология
- Стоматология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- Фармакотерапия основных заболеваний человека

В рамках Конгресса проходит Выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К Конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XI выпуск).

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 09	30. 12. 09
Тезисы	01. 09. 09	15. 12. 09
Конкурсные работы	01. 09. 09	18. 01. 10
Регистрационные карты	01. 09. 09	05. 04. 10
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 09	12. 03. 10

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)

reg@medlife.ru (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ И

8 сентября 2009 г. в НИЦ ММА им. И.М. Сеченова в рамках II научно-практической конференции «Достижения клинической фармакологии в России» состоялся симпозиум «Безопасность лекарств и фармаконадзор». Особым вниманием президиума под председательством профессора Н.Д. Бунятян и аудитории симпозиума был отмечен доклад Е.В. Елисейевой, Ю.В. Феоктистовой, Е.А. Поддубного «Клинико-фармакологическое прогнозирование и фармаконадзор у беременных», представленный заведующей кафедрой общей и клинической фармакологии Владивостокского государственного медицинского университета Росздрава, д.м.н., профессором Е.В. Елисейевой. Значение для беременной и плода необоснованного применения лекарственных средств трудно переоценить, потому так важна необходимость дальнейшего развития образовательных программ по безопасности фармакотерапии у беременных и женщин детородного возраста для врачей различного профиля.



КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

Проблема взаимоотношения лекарственных средств (ЛС) и развивающегося плода приобретает в последнее время все большую остроту. В настоящее время до 80% беременных женщин, не страдающих какими-либо хроническими заболеваниями, принимают ЛС. Вероятность применения лекар-

ственных препаратов возрастает при наличии сопутствующих хронических заболеваний. Еще одно важное обстоятельство – коммерческая доступность практически любых ЛС в России. Все это приводит к тому, что количество медикаментов, принимаемых беременными женщинами, постоянно растет. ЛС стали неотъемлемой частью современной жизни, они находятся в свободном доступе, и беременные женщины, часто минуя своего врача, занимаются самолечением, обращаясь к фармацевту или провизору и не информируя их (либо на ранних сроках еще не зная) о своем положении. Это сказывается как на течении беременности, так и на здоровье будущего ребенка.

Исследования последних лет показывают, что при назначении ЛС врачам не всегда удается установить разумный баланс между терапевтической пользой и риском развития осложнений фармакотерапии. Полипрагмазия стала обычным явлением. Случаи, когда одной пациентке одновременно назначается семь, десять и более препара-

тов одновременно, являются скорее правилом, чем исключением. В то же время доказано, что 4-5% врожденных пороков развития могут быть связаны с приемом ЛС, при этом спонтанных сообщений о таких неблагоприятных побочных явлениях крайне мало или нет совсем. При числе новорожденных в РФ в 2008 г. более 1 млн 700 тыс. в Росздравнадзор РФ поступило всего лишь 18 сообщений о неблагоприятном влиянии ЛС на плод и исходы беременности. Это свидетельствует о недостаточной преемственности в работе ЛПУ, службы клинической фармакологии и Росздравнадзора.

Нами было проведено исследование с целью получить объективные данные о практике назначения ЛС беременным на территории Приморского края. Были проанализированы около 1000 карт беременных не старше 35 лет (чтобы исключить факторы, связанные с возрастом), проживающих на территории Приморского края, обратившихся на сроках беременности от 3 до 32 недель по вопросу возможного отрицательного влияния



Е.В. Елисейева,
д.м.н., профессор ВГМУ Росздрава, Владивосток

ФАРМАКОНАДЗОР

ЛС на плод к генетику или клиническому фармакологу в Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (материнства и детства) г. Владивостока. Категории безопасности ЛС присваивались в соответствии с классификацией риска применения ЛС при беременности, разработанной FDA.

При обработке данных установлено, что прием ЛС осуществлялся преимущественно в период 1-21 недели беременности. Среднее количество лекарственных препаратов, получаемых одной беременной, составило $2,95 \pm 0,22$. Некоторые из принимаемых препаратов относились к многокомпонентным, что мы учитывали при оценке возможного риска для плода. Одновременно женщины принимали от 1 до 14 ЛС.

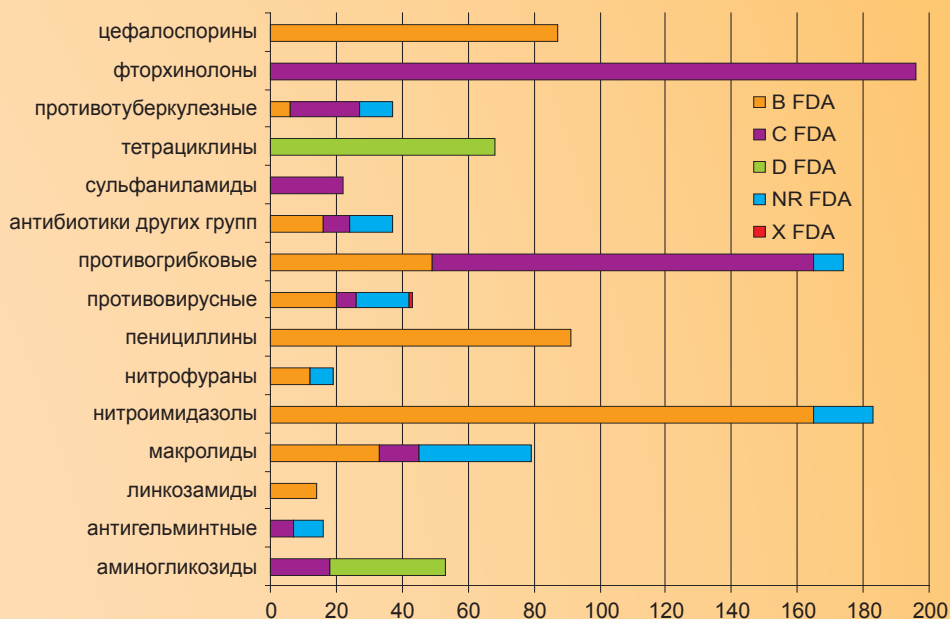


Рисунок. Распределение ЛС по степени отрицательного влияния на плод (FDA)

И ФАРМАКОНАДЗОР У БЕРЕМЕННЫХ

Полипрагмазия отмечена в 85 случаях (12%).

В ряде случаев женщины самостоятельно принимали ЛС. Также ЛС были назначены врачами по различным показаниям без предварительного проведения экспресс-теста на беременность!

Преимущественно назначались антибактериальные препараты – 423 (60%) пациенток, причем за курс лечения женщины получали от 1 до 6 наименований и только 44% антибактериальных препаратов системного действия имели официальное разрешение к использованию в различные периоды беременности (см. рисунок).

Далее следуют НПВС – 13%, средства, влияющие на ЦНС – 10%, препараты женских половых гормонов – 10%, системные ГКС – 6%, вакцины – 6% и прочие ЛС (40%) – иммуномодуляторы, ЛС растительного происхождения, антигистаминные препараты, витамины и микроэлементы, БАД.

В большинстве случаев НПВС использовались в I триместре беременности с целью самолечения при головной, зубной болях, артралгии.

Шестеро беременных получали НПВС в составе базисной терапии системных воспалительных заболеваний. 76% ЛС группы «Муколитики и противокашлевые средства» использовались женщинами с целью самолечения. Группа консультированных нами беременных с артериальной гипертензией немногочисленна – 8 человек. Ингибиторы АПФ применялись у 2 пациенток на сроках от 1 до 15 нед. В 2 случаях женщины принимали в I триместре Верошпирон.

Анализ фармакотерапии консультированных беременных показал, что ЛС, влияющие на ЦНС, получили 10% пациенток. Системные ГКС использовались с целью оказания неотложной помощи при острой крапивнице, ангионевротическом отеке, а также в составе базисной терапии бронхиальной астмы, системных воспалительных заболеваний.

Согласно классификации FDA 41% назначенных ЛС представляли потенциальный риск для плода, только 4% ЛС можно было считать безопасными (категория А); 26% назначений были относительно безо-

пасны (категория В). Применяемые в 28% случаев ЛС в настоящее время не включены в классификацию FDA, их риск при беременности неизвестен.

18% обратившихся женщин принимали антибиотики самостоятельно. Зачастую препараты были приобретены по рекомендациям фармацевтов и провизоров. Только 26% женщинам предварительно проводилось исключение возможной беременности. Этого навыка и такой культуры в нашей стране не сформировано, что, несомненно, нужно учитывать в том числе и при создании образовательных программ для населения. Учитывая высокий процент самолечения, в дополнительной информации нуждаются провизоры и фармацевты, которым необходимо уделять особое внимание отпуску антибактериальных, противогрибковых и противовирусных лекарственных средств в аптеках. Совместная работа акушеров-гинекологов, клинических фармакологов и генетиков позволит повысить безопасность использования ЛС у беременных.

Татьяна Цакирова: «Каждая жизнь –

Основная задача акушерско-гинекологической службы – сохранение репродуктивного здоровья женщин и снижение репродуктивных потерь. Как функционирует акушерско-гинекологическая помощь на территории Республики Калмыкия, с какими проблемами сталкиваются пациентки и медицинский персонал, рассказала региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Светлане Семеновой главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения и социального развития Республики Калмыкия Татьяна Геннадьевна Цакирова.



Татьяна Геннадьевна, какие изменения произошли в акушерско-гинекологической службе республики в ходе реализации Национального проекта «Здоровье»?

В структуре населения Республики Калмыкия женщины составляют 52,4%, из них фертильного возраста – 54,8%. На территории республики работают 13 родильных отделений при ЦРБ и один городской роддом им. О.А. Шунгаевой в Элисте.

В прошедшем 2008 году в родильных отделениях республики было принято 4308 родов. В последние несколько лет, с началом действия приоритетного Национального проекта «Здоровье», мы наблюдаем тенденцию к росту количества родов на 100-150 в год. Причем именно за счет повторных родов, которые на данный момент практически сравнялись с первыми родами. Однако если сравнивать с 20-летней статистикой, то в последнее время количество родов в год стало меньше почти в 1,5 раза. В 1990 году в Республике Калмыкия было зарегистрировано 6800 родов. В целом в 90-е годы происходило постепенное снижение числа родов, самая нижняя точка пришлась на 1999 год, но с 2000-ого мы наблюдаем небольшой,

но стабильный рост в среднем на 3,6%.

Вы сказали о тенденции роста количества родов, которая началась после начала реализации Национального проекта «Здоровье». Соответственно улучшается и качество акушерско-гинекологической помощи женщинам?

Необходимо отметить, что с началом действия проекта «Здоровье», введения родового сертификата в 2005 году, безусловно, улучшилось качество акушерско-гинекологической помощи. Выросло и число родов, и процент беременных женщин, вставших на учет до 12 недель, а также среднее число посещений беременными женской консультации. Вырос процент охвата беременных трехкратным УЗИ-скринингом, стабильны показатели скрининга на альфа-фетопротеин, ХГЧ, осмотра терапевтом, обследования на инфекционную патологию. В 2 раза снизилось число роженец, не состоявших на учете. На средства, заработанные по талону 1 родового сертификата, женские консультации закупают и выдают беременным женщинам поливитамины и препараты железа. Благодаря этому, как мне кажется, у них несколько снизились и по-

казатели заболеваемости. Своевременная постановка на учет беременной женщины позволяет более полно обследовать ее, выявить ту или иную патологию и провести лечение. В прошлом году, благодаря усилиям моих коллег, в республике снизилась перинатальная смертность: если в 2007 г. этот показатель составлял 11,62%, то в 2008 г. – 8,53%. Стало меньше фактов мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

К сожалению, факт материнской смертности и гибели плода в акушерстве и гинекологии исключить трудно. В чем вы видите причину такого исхода родов?

При всех принимаемых нами мерах по сохранению матери и ребенка, в год мы имеем 2-3 случая потери женщины в родах в результате осложнений, связанных с беременностью. Число родов в год у нас невелико, поэтому и показатель материнской смертности, рассчитываемый на число детей, родившихся живыми,

«Бесценна, жизнь матери и ее ребенка – бесценны вдвойне»

относительно высок. Три случая гибели женщин в 2006 г. составили 78,8%. В 2008 г. в родах мы потеряли одну женщину. Таким образом, показатель смертности снизился втрое. Причины гибели женщин в родах: разрыв матки, криминальный аборт, кровотечение, сепсис, эклампсия, тяжелая форма экстрагенитальной патологии. Важно отметить, что в структуре материнской смертности 83,3% составляют жительницы сельских районов республики, где уровень родильных отделений районных больниц не позволяет минимизировать риск осложненной беременности и затрудненных родов.

Безусловно, многое зависит от квалификации медперсонала, оснащения родовспомогательного учреждения, скорости и качества анестезиологической и реанимационной помощи, обеспеченности медикаментами. Важен и вопрос прогнозирования и правильной оценки вероятности осложнений. В 2008 году Минздравсоцразвития РК были изданы приказы о совершенствовании медицинской помощи в родах в ЦРБ, о порядке госпитализации на лечение и родоразрешении беременных женщин и рожениц. Беременные высокой степени риска из сельской местности госпитализируются в городской роддом для оказания им акушерско-гинекологической, анестезиологической и реанимационной помощи, а новорожденному неонатологической медицинской помощи на более высоком уровне. Наши сельские врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры хорошо

подготовлены, несут большие нагрузки и ответственность. Я отношусь к своим коллегам из районов с уважением: на них лежит и диспансеризация женщин, и их лечение, и родовспоможение. Любые роды – это всегда риск, сложные роды – риск вдвойне, поэтому помощь городских коллег сельским специалистам необходима.

Не секрет, что кесарево сечение становится в мире все более актуальным. Как часто применяется данный метод у вас? Каково процентное соотношение родов путем операции кесарева сечения и родов естественных?

К сожалению, процент кесарева сечения растет в последние годы и в мире, и в нашей республике. Я бы сказала, что это вынужденная мера современного акушерства. Еще в начале XX века в работах ведущих акушеров-гинекологов нашей страны и мира звучала озабоченность ростом этого показателя. Так, профессор Л.Л. Окинчиц писал в 1938 году: «Производить эту операцию лишь при точно выработанных условиях и показаниях. Это тем более необходимо, что нельзя забывать еще и о послеоперационных осложнениях». Вопрос определения медицинских показаний к данной операции непрерывно развивается. Если в начале XX века кесарево сечение применяли только при пяти медицинских показаниях здоровья беременной женщины, то сейчас, в надежде на более бережное родоразрешение женщины и получение нетравмированного ребенка, оно производится и по абсолютным, и по

относительным данным, которых всего – около 20. Сегодня мы вынуждены производить кесарево сечение и во время беременности, и в родах, что объясняется стабильно высоким процентом осложнений. В 2007 г. кесарево сечение в родовспомогательных учреждениях республики составило 16,4%, а в 2008 г. – 20,4%. Другими словами, каждую пятую женщину пришлось оперировать.

Ранние роды, как и кесарево сечение, тоже тенденция последних лет. Как с этой проблемой справляются в Калмыкии?

По-моему, истина проста: дети не должны рожать детей. Девочка, не достигшая 18 лет, это незрелый организм, она еще ребенок, несмотря на внешнюю акселерацию. Это должны понимать все. У подростков, как правило, в период беременности и во время родов возникают осложнения со всеми вытекающими из этого последствиями. Меньше таких случаев не становится. Тенденции к снижению, боюсь, не будет, при сложившихся в нашем обществе стандартах поведения.

Как много аборт делают несовершеннолетние?

Общее число аборт в республике за последние 3 года снижается. Уменьшается и количество аборт в возрастной категории от 15 до 19 лет. Прерывание беременности у первородящих женщин остается на прежнем уровне. Число же аборт у несовершеннолетних в течение последних 3 лет имеет тенденцию к росту и составляет до 61 случая в год. У детей до 14 лет включительно



также регистрируются до трех случаев прерывания беременности в год.

Насколько успешно проводится профилактическая работа с данной возрастной группой?

В нашем городе уже много лет существует специальная комиссия по работе с подростками, которая организует для них встречи с медицинскими работниками для бесед и лекций о здоровом образе жизни, в том числе по предупреждению ранней беременности. Работают Центр планирования семьи, женская консультация, диспансер здоровья, где много современной наглядной агитации и специальной литературы, которые врачи акушеры-гинекологи так же используют в профилактической работе с девочками подросткового возраста. Профилактика ранней беременности, родов, абортот, инфекций, передающихся половым путем, ведется с подростками достаточно активно, но результаты могут быть лучше при общегосударственной поддержке.

Родовой сертификат заставил женщин своевременно вставать на учет в женскую консультацию, что позволяет, как вы заметили, контролировать течение беременности. Но состояние здоровья будущей матери в большинстве случаев оставляет желать лучшего. Как у вас обследуются беременные женщины?

С обследованием беременных женщин у нас ситуация непростая, так как оно должно предоставляться бесплатно и требует серьезных материальных расходов от муниципальных образований. Для нашей местности характерна патология почек, показатель заболеваемости которой вдвое превышает среднероссийский. Не снижается и высокая частота позднего гестоза. Анемия и сердечно-сосудистые заболевания у беременных женщин

вдвое превышают аналогичные федеральные данные. Причины: экология, низкое качество питьевой воды, социальное неблагополучие и другие.

В такой ситуации медико-генетическое обследование беременных женщин крайне важно. О чем свидетельствуют выводы генетиков?

Из всего спектра обследования беременных женщин мы имеем пока только первый этап дородовой диагностики врожденных пороков развития плода: трехкратный ультразвуковой скрининг, процент охвата которым растет, в 2008 году составил в республике 90,6%, обследование на альфа-фетопротеин и ХГЧ – сывороточные маркеры ВПР. Данные о пороках развития новорожденных в последние годы снижаются: в 2008 году – 20,4 на 1000 родившихся детей.

В структуре аномалий развития плода: пороки сердечно-сосудистой системы, кишечного тракта, поли- и синдактилии. При Минздравсоцразвития РК работает пренатальная клинико-экспертная комиссия, по заключению которой беременность прерывается в случае выявления у плода порока развития, несовместимого с жизнью.

Причина рождения недоношенных детей – серьезный вопрос современной медицины. Как решают его врачи акушеры-гинекологи в регионе?

Число преждевременных родов у нас всегда было высоким – 4,7%, в 2008 году – 5,7%, тогда как по России – 3,3%. К сожалению, принимая во внимание тяжесть гестоза, плацентарной недостаточности, данные доплерометрии, мы вынуждены порой индуцировать преждевременные роды. Не снижается количество родов с преждевременным излитием околоплодных вод в ранние сроки беременности. Для оказания

медицинской помощи недоношенным детям у нас работает отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Для профилактики дистресс-синдрома у плода применяется бетаметазон, для лечения используется Куросурф. К сожалению, устаревшее и несовершенное техническое оснащение не позволяет рассчитывать на заметное повышение качества медицинской помощи недоношенным детям.

Здоровье нашей нации лет 10-15 назад было значительно лучше и крепче, соответственно и дети рождались более здоровые. О чем свидетельствуют ваши данные здоровья новорожденных в последние годы по сравнению с предыдущими?

Больные дети были всегда. Но развитие современных перинатальных технологий практически обезоружило естественный отбор. Мы выхаживаем очень слабеньких детей, здоровье которых и в дальнейшем оставляет желать лучшего. Современная перинатальная помощь младенцам требует стандартизации всех лечебных учреждений. Параллельное развитие акушерско-гинекологической и неонатологической службы – жизненная необходимость.

Неонатологов в районах республики не хватает. Наши специалисты хотят учиться. Задача муниципальных образований – финансирование, но пока обучение на рабочем месте и совершенствование профессионального мастерства – таких возможностей у нас немного. И акушерская, и неонатальная помощь новорожденным стабильна, но и она нуждается в серьезном материально-техническом подкреплении.

Существует ли у вас проблема с кадрами врачей акушеров-гинекологов?

Существует, особенно на уровне сельских больниц, где недо-

статочны специалистов. Как мы решаем эту проблему? Ежегодно набираем группу врачей-интернов, но это не выход. Для того чтобы сложился грамотный специалист, нужны годы практической работы, а это время. Всегда ли так было? Нет. В данное время по всей стране сказывается миграция части населения республики за пределы региона с целью трудоустройства. Изменились условия оплаты труда медработников: не оплачивается дежурство на дому, нет преимуществ в этом вопросе у сельских специалистов.

Онкологические проблемы в гинекологии – серьезнейший вопрос современной медицины. Какая сегодня тенденция в Калмыкии?

В Калмыкии, как и по Российской Федерации, сохраняется тенденция роста числа онкологических заболеваний в гинекологии. На первом месте – рак шейки матки, на втором – рак тела матки, на третьем – рак яичников. Показатель активного выявления онкопатологии остается, к сожалению, еще низким. Необходимо решить ряд практических задач: завершить капитальный ремонт радиоблока онкодиспансера, подготовить специалистов хирургического профиля в данной специализации, внедрить в широкую практику комплексную программу скрининга, оснастить онкодиспансер современной диагностической и лечебной аппаратурой, обеспечить онкобольных в необходимом объеме химиогормональными препаратами и медикаментами сопроводительной терапии.

В настоящее время онкозаболевание – не приговор. При своевременном обнаружении болезни лечение идет успешно. В нашей стране, как известно, нет еще закона о здоровье, который бы предусматривал ответственность каждого гражданина за состоя-

ние своего организма, здоровья близких ему людей, ведение правильного образа жизни, занятия профилактикой и т.д.

Наряду с абортами, избавляющими женщину от нежелательной беременности, существует обратная проблема – бесплодие, когда женщина фертильного возраста не может родить ребенка. Насколько успешно удается решать проблему бесплодия методами современной медицины в Калмыкии?

Бесплодие – не только женская проблема: из 100 больных около 40% – женщины, 20% – мужчины, 15% – те и другие. Поэтому андрология развивается параллельно с гинекологией, проблема сперматогенеза стоит остро.

За последний год среди наших семейных пар, имеющих данную проблему, выявлено три случая бесплодия мужчин репродуктивного возраста. Лечение на современном уровне требует высоких технологий, поэтому таких больных мы отправляем в специализированные центры Москвы, Ростова-на-Дону.


Проблема бесплодия в Калмыкии не имеет тенденции к снижению. Причина зачастую банальная: инфекции половых путей, спаечные процессы малого таза, последствия внематочной беременности. В лечебных учреждениях республики проводятся лапароскопические операции по восстановлению репродуктивной функции. Пациенток, которым показано экстракорпоральное оплодотворение, также направляем в российские центры. В 2008 году у нас было двое родов после ЭКО, несколько беременных находятся в данное время под наблюдением, надеемся на благополучный исход. Растут дети, рожденные благодаря современным методам высоких репродуктивных технологий оплодотворения.

В этом году Минздравсоцразвития РФ значительно сократил объемы бюджетного финансирования ЭКО для нашей республики. Это лишает многих женщин их последнего шанса, ведь лечение бесплодия платное и дорогое, доступно немногим.

Татьяна Геннадьевна, что вы думаете о перспективах акушерско-гинекологической службы в Республике Калмыкия?

В нашей маленькой республике совсем невелико число беременных женщин и новорожденных детей по сравнению с другими регионами. Из сказанного мной выше понятно, что ситуацию в здравоохранении Калмыкии нужно улучшать.

В первую очередь необходимо решить вопрос о государственном статусе, оснащении и стабильном финансировании родильного дома в городе Элисте, фактически всегда выполнявшего функции республиканского, учреждения IV этапа оказания специализированной медицинской помощи женщине и ее ребенку. Состояние его материально-технической базы при пятибалльной шкале я оценила бы на два балла. Необходимо развивать и укреплять районные службы здравоохранения. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» несколько улучшилось оснащение первичного звена здравоохранения республики. Наши районные ЦРБ получили аппараты УЗИ, ЭКГ, гистероскопы, кольпоскопы и другое. Есть проблемы с финансированием обучения специалистов. Реальный ущерб от недофинансирования здравоохранения невозможно компенсировать никакими организационными мерами.

У нас не так много родов, поэтому наша задача – сделать их минимально опасными. Каждая жизнь – бесценна, жизнь матери и ее ребенка – бесценны вдвойне. 

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-10 от 28 октября 2009 г.

Заказчик:

Плательщик:

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

Всего наименований 1, на сумму 2400.00
Две тысячи четыреста рублей 00 копеек

Руководитель предприятия

(Синичкин А.А.)

Главный бухгалтер

(Пяташ И.А.)



Подписка по каталогу «Роспечать» – индекс 18342

Подписка осуществляется также через альтернативные агентства:

- ООО «Интер-Почта» (495) 500-00-60
- ООО «Вся Пресса» (901) 534-32-84
- ООО «Артос-Гал» (495) 160-58-48
- ООО «Информнаука» (495) 787-38-73
- ООО «ЦДИ Орикон-Плюс» (495) 937-49-58
- ООО «Урал-Пресс» (495) 789-86-36 (37)
- ООО «Коммерсант-Курьер» (843) 291-09-99

Для стран СНГ и зарубежья:

- ООО «Информнаука» (495) 787-38-73




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

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