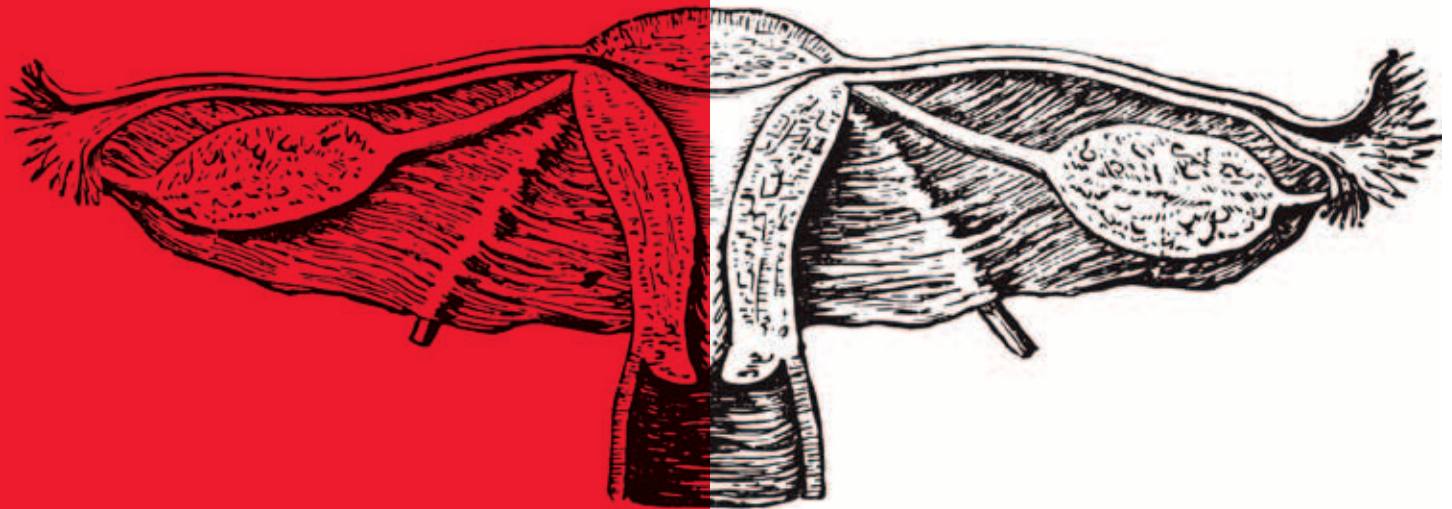


Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я
Ф А Р М А К О

Т Е Р А П И Я

акушерство и гинекология №5, 2016



№

43

Тактика ведения пациенток с нормогонадотропной гипофункцией яичников

8

Диагностика преждевременного разрыва плодных оболочек: обзор экспресс-тестов

22

Рациональная антибактериальная терапия репродуктивно значимых инфекций

26



umedp.ru

Свежие выпуски и архив журнала

13-15 ФЕВРАЛЯ 2017, МОСКВА

I НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТ МЕНАРХЕ ДО ПОСТМЕНОПАУЗЫ»

НАУЧНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА ЛЕКЦИИ ВЕДУЩИХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Женщина от менархе до постменопаузы: ключевые этапы, демография, канцерогенез, рак
- Фундаментальная онкология – что нового в понимании патогенеза рака
- Гиперпластический синдром, зона ответственности гинеколога и онколога
- Гормональная терапия в гинекологии и онкологии: цели и конечный результат
- Молочная железа – междисциплинарная проблема
- Заболевания шейки матки в фокусе современных достижений
- Эндометриоз: репродуктивные и онкологические последствия
- Эволюция лекарственной терапии при раке молочной железы
- Развитие органосохраняющей терапии в онкогинекологии – возможные риски и функциональная целесообразность
- ВРТ и рак
- Беременность и рак
- Пограничные опухоли и рак яичников – взгляд в будущее
- Профилактика рака – миф или реальность?
- Каковы реальные достижения в онкологии и каковы ее реальные перспективы
- Эпигенетика рака репродуктивных органов
- Детская онкогинекология
- Ранняя диагностика и ранний рак – все ли так однозначно?
– современное понимание предрака
– организация, методология и экономика ранней диагностики
- Проблема скрининга в онкогинекологии: триумф или разочарование
– скрининг рака шейки матки
- Рецидивы рака репродуктивных органов: неадекватное или неэффективное лечение
- Актуальные точки взаимодействия специалистов – акушер-гинеколог и онколог; когда и как?
- Онкологические проблемы, вытекающие из работы акушера-гинеколога

ПЛАНИРУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ТЕМАТИЧЕСКИХ СИМПОЗИУМОВ И МАСТЕР-КЛАССОВ

Сопредседатели оргкомитета

ЯКОВЛЕВА Т.В. ДАВИДОВ М.И. СУХИХ Г.Т. СОЛОДКИЙ В.А. БЕЛЯЕВ А.М. КАПРИН А.Д.

Организаторы



ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации



ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации



ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации



Ассоциация онкологов России



МНИОИ им. П.А. Герцена



МОС «Общество специалистов онкологов по опухолям органов репродуктивной системы»



Российское общество онкологов-гинекологов (RSGO)



Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)



ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Министерства здравоохранения Российской Федерации



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Руководитель научной программы: **Ашрафян Лев Андреевич**

Тел.: +7 (495) 334-99-09 e-mail: levsa2004@yahoo.com

Контакты: **Екатерина Белова**

Тел.: +7 (495) 646-01-55 доб. 135 e-mail: onco-gyn@oncogrup.ru

www.onco-gyn.ru

Эффективная
фармакотерапия. 43/2016.
Акушерство
и гинекология. № 5

ISSN 2307-3586

Главный редактор

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

Ответственный секретарь

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия

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

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

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

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

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Редакционный совет направления

«Акушерство и гинекология»

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА,

В.Е. БАЛАН, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,

О.А. ГРОМОВА, И.В. КУЗНЕЦОВА,

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

Т.А. ОБОСКАЛОВА, Т.В. ОВСЯННИКОВА,

С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,

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

А.Л. ТИХОМИРОВ, Е.В. УВАРОВА

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор

А. СИНИЧКИН

Руководитель проекта

«Акушерство и гинекология»

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

Выпускающий редактор А. ЗИМЕНКОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Тираж 17 000 экз.

Выходит 6 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала

на сайте www.umedr.ru

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения редакции

журнала. Мнение редакции может не совпадать

с мнением авторов

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны

быть ознакомлены с инструкциями для авторов

и публичным авторским договором. Информация

размещена на сайте www.umedr.ru

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен

в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

Содержание

Люди. События. Даты

Специалисты Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова приняли участие во всероссийской акции «Волна здоровья»

4

Клинические исследования

В.О. АНДРЕЕВА

Опыт применения витаминно-минерального комплекса Цикловита у молодых женщин с олигоменореей

8

Э.В. МАТВЕЕВА

Асимметрия, кровоток и флюорид кальция – взгляд диагноста на репродуктивную сферу

14

Лекции для врачей

А.Г. АРУШАНОВА, М.К. МЕДЖИДОВА, Н.А. ЛОМОВА, Н.Е. КАН, В.Л. ТЮТЮННИК

Преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек: современные принципы диагностики

22

Медицинский форум

Репродуктивно значимые инфекции и утрата фертильности.

Всегда ли знак равенства? Мнения экспертов

26

Effective Pharmacotherapy. 2016.
Issue 43. Obstetrics
and Gynecology. Issue 5

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

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

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

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

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

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

Ye.V. UVAROVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

Ye. KONEVA

e.koneva@medforum-agency.ru

Contents

People. Events. Date

Experts of the V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics,
Gynecology and Perinatology Took Part in the All-Russian Event 'A Wave of Health' 4

Clinical Studies

V.O. ANDREEVA
Experience of Using Vitamin-Mineral Complex Ciklovita in Young Women
with Oligomenorrhea 8

E.V. MATVEYEVA
Asymmetry, Blood Flow and Calcium Fluoride – a Reproductive Sphere
Viewed by a Diagnostician 14

Clinical Lectures

A.G. ARUSHANOVA, M.K. MEDZHIDOVA, N.A. LOMOVA, N.E. KAN,
V.L. TYUTYUNNIK
Premature Labor and Premature Rupture of Membranes:
Modern Principles of Diagnosis 22

Medical Forum

Significant Reproductive Tract Infections and Loss of Fertility.
Are They Always Equal? Experts' Opinion 26

DISCOVERYMED

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2017 ГОД

Первое полугодие

3 февраля

VIII Научно-практическая конференция
*«Грипп и другие респираторные инфекции: профилактика, диагностика и лечение» с симпозиумом
«Бронхолегочные осложнения гриппа и ОРВИ»*

10 февраля

VIII Научно-практическая конференция
*«Рациональная фармакотерапия в практике терапевта»
с симпозиумом «Болезни органов дыхания»*

7 апреля

IV Научно-практическая конференция
«Традиции и достижения российской педиатрии»

21 апреля

IX Научно-практическая конференция
*«Актуальные вопросы неврологии» с симпозиумами
«Нейропротекция при заболеваниях ЦНС» и
«Профилактика и лечение клещевого энцефалита»*

27–28 апреля

X Юбилейная междисциплинарная научно-практическая конференция
*«Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия» с симпозиумами
«Заболевания шейки матки» и «Мужское здоровье»*

Май

Всероссийская конференция с международным участием
«Окислительный стресс и окислительно-восстановительное равновесие в экологии человека и медицине»

3 июня

IV Международная конференция по патологии надпочечников «Adrenal day»
«Гормонально-активные опухоли надпочечников (феохромцитомы, альдостеромы, синдром Кушинга, инциденталомы)» с сателлитным симпозиумом по сахарному диабету

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИЙ ПРОХОДЯТ ТЕМАТИЧЕСКИЕ ВЫСТАВКИ

(812) 274-08-62, 327-76-22

EXPO@DISCOVERYMED.RU

WWW.TERRAMEDICA.SPB.RU

Специалисты Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова приняли участие во всероссийской акции «Волна здоровья»

С 2 по 6 сентября 2016 г. прошла XI Всероссийская информационно-пропагандистская оздоровительная акция «Волна здоровья» с участием специалистов ведущих федеральных медицинских центров. Среди них Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА, МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина. Во второй раз в акции приняли участие специалисты Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова.

Акция «Волна здоровья» – это теплоходный тур с бригадами врачей из ведущих медицинских центров России и высокотехнологичным диагностическим оборудованием. Основная цель акции – оказание адресной медицинской помощи населению по маршруту следования теплохода. Все консультации для пациентов бесплатны. Кроме того, для врачей в городах-участниках организуются мастер-классы и обучающие семинары, а для жителей – мероприятия (фестивали, концерты, показательные выступления и спортивные состязания), пропагандирующие здоровый образ жизни. Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова отметила, что акция с каждым годом набирает популярность. «Наши люди любят

эту акцию, она неформальная, ее ждут», – подчеркнула министр.

В этом году теплоход «Алексей Толстой» с лучшими московскими медиками прошел по маршруту: Самара – Балаково – Саратов – Волгоград – Астрахань.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) им. академика В.И. Кулакова представляли главный гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России, заведующая вторым гинекологическим отделением (детского и юношеского возраста) профессор Е.В. Уварова, руководитель отделения эстетической гинекологии и реабилитации профессор И.А. Аполихина, врач отделения акушер-гинеколог и специалист по лазерной терапии и хирургии Е.А. Горбунова, руководитель отделения патологии молочной железы профессор В.В. Родионов, врач хирургического отделения В.В. Чурсин, врач отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Э.А. Илиева.

Прием у специалистов из центра был организован не на теплоходе, как у врачей других специальностей, а «на суше» – на базах ведущих перинатальных центров и женских консультаций городов-участников. Это было связано с необходимос-

тью наличия оборудования – гинекологических кресел, кольпоскопа, ультразвукового аппарата.

Врачам центра удалось осмотреть 343 женщины (всего в «Волне здоровья» прошли осмотр 804 пациента). Из них 137 женщин получили направление на госпитализацию в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по квотам, то есть бесплатно (всего в рамках акции на бесплатное хирургическое лечение в федеральных центрах столицы были направлены 300 пациентов, включая детей).

Профессор Е.В. Уварова осмотрела 55 девочек и девушек в возрасте от 3 до 24 лет с гинекологическими проблемами, в том числе с различными аномалиями половых органов. 42 получили направление на госпитализацию. На сегодняшний день большинству девочек оказана помощь, проведены органосохраняющие реконструктивно-пластические операции при пороках развития, больших опухолях яичника. Как отметила Е.В. Уварова, в этом году обратившиеся на консультацию юные пациентки имели более сложные диагнозы, поэтому большинство из них нуждались в лечении в условиях именно НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова. В качестве примера



Участники акции на теплоходе «Алексей Толстой»

Здравоохранение сегодня

профессор Е.В. Уварова привела конкретный случай: «Родители девочки дошкольного возраста уже после консультации отказались приезжать в наш центр, сославшись на желание подождать еще и с надеждой на то, что „все рассосется самостоятельно“. Но они были вынуждены привезти ребенка после внезапно возникшего приступа острой боли в животе. При госпитализации в центр у девочки диагностировали перекрут яичника, была проведена срочная операция. Только мастерство врачей позволило не только выполнить операцию лапароскопическим доступом, но и сохранить девочке яичник! Сейчас она уже поправляется и забыла о сильнейших болях, вызванных нелечеными образованиями яичников».

Руководитель первого в России отделения эстетической гинекологии и реабилитации, организованного в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова в 2016 г., профессор И.А. Аполихина и врач отделения Е.А. Горбунова приняли 108 пациенток, 38 из них получили направление на хирургическое лечение в центр.

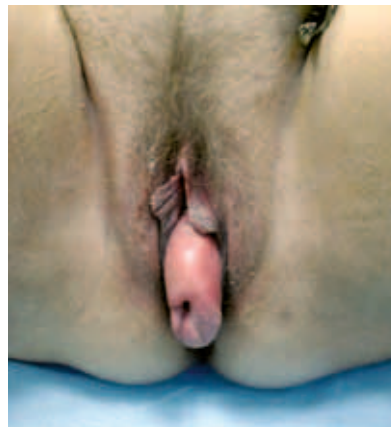
Профессор И.А. Аполихина консультировала пациенток с пролапсом гениталий, недержанием мочи, генитоуринарным синдромом в менопаузе, дистрофией вульвы, патологией шейки матки. К сожалению, многие женщины имеют урогинекологические проблемы из-за поздней диагностики дисфункции тазового дна и неадекватных подходов к ее лечению. Прежде всего это ограниченное использование консервативных способов восстановления функции тазового дна, таких как урогинекологические pessaries, тренировки мышц тазового дна, малоинвазивные лазерные технологии, коррекция образа жизни.

С учетом основного направления медицинской помощи отделения (дисфункция тазового дна и урогинекологические проблемы) 44 женщинам были подобраны немецкие урогинекологические pessaries «Доктор Арабин», которые были предоставлены бесплатно за счет спонсоров.

К специалисту отделения эстетической гинекологии и реабилитации Е.А. Горбуновой были направлены на консультацию пациентки со склероатрофическим лишаем, стрессовым недержанием мочи и гиперактивным мочевым пузырем, несостоятельностью мышц тазового дна и опущением/выпадением тазовых органов. В настоящее время наблюдается рост числа женщин моложе 30 лет, страдающих от опущения и выпадения тазовых органов. Причина этого в первую очередь качество восстановления промежности после эпизиографии и разрывов в родах. Кроме того, сказывается недостаток у врачей знаний и навыков в использовании современных pessaries, в том числе во время беременности от опущения и выпадения тазовых органов у женщин группы риска по дисфункции тазового дна. Е.А. Горбунова отмечает: «При консультировании женщин со склероатрофическим лишаем вульвы и промежности я столкнулась с результатами неадекватной фотодинамической терапии с радахлорином заболеваний вульвы. Меня также удивило, что при генитоуринарном синдроме в менопаузе женщинам крайне редко назначается локальная терапия эстрогенами. Более того, большинство из них даже не знают о таком варианте лечения».

В рамках акции 25 женщинам с урогинекологическими нарушениями и заболеваниями вульвы было проведено лечение на уникальном оборудовании – разработанном инженерами из Тулы установке с фракционным CO₂-лазером.

В каждом городе проводились также мастер-классы для врачей по подбору урогинекологических pessaries и применению лазерных технологий в гинекологии, а в Волгограде профессор И.А. Аполихина прочла для врачей-гинекологов лекцию по востребованной теме «Расстройство мочеиспускания у женщин – современные методы диагностики и лечения». Таким образом, в рамках акции осуществлялся не только прием пациентов, но и большая об-



Опушение и выпадение половых органов после родов (пациентка 45 лет, вес ребенка при рождении 3500 г)



Неэффективная фотодинамическая терапия радахлорином склероатрофического лишая вульвы



Уникальная отечественная лазерная установка с фракционным CO₂-лазером, предназначенная для проведения лечения при урогинекологических нарушениях и заболеваниях вульвы

Здравоохранение сегодня



Мастер-класс для врачей по применению лазерных технологий в гинекологии

разовательная и просветительская работа с врачами на местах.

Врач хирургического отделения В.В. Чурсин проконсультировал больше всего женщин – 70. Из них 54 получили направление для хирургического лечения в центр по квоте. Каждую неделю в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова госпитализируются женщины из регионов, получившие направление на лечение именно на «Волне здоровья».


В этом году в команду специалистов НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова был включен онколог-маммолог. Это было продиктовано рядом причин. Во-первых, маммологическая служба тесно взаимодействует с гинекологической. В приказе Минздрава России № 572н говорится об организации маммологических приемов и маммографических кабинетов при женских консультациях. Были разработаны методические рекомендации по диагностике и лечению доброкачественных диффузных изменений молочных желез, определена маршрутизация пациенток с подозрением на злокачественный процесс. Из 53 женщин, проконсультированных в рамках «Волны здоровья», подавляющее большинство составили пациентки с фиброзно-кистозной мастопатией. Во-вторых, в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова имеются все возможности для ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований молочной железы. В отделе визуальной диагностики сосредото-

чено самое современное оборудование (аппарат ультразвукового исследования экспертного класса, маммограф, современные аппараты для компьютерной и магнитно-резонансной томографии, радионуклидной диагностики). Благодаря этому врачи могут диагностировать опухолевый процесс на самых ранних стадиях и проводить комплексное обследование для определения распространенности заболевания и оценки результатов лечения. Высококвалифицированные и опытные хирурги-маммологи выполняют сложнейшие органосохраняющие, онкопластические и реконструктивно-пластические операции на молочной железе у женщин с раком молочной железы, не только соблюдая все онкологические принципы, но и достигая при этом максимального эстетического результата. Наличие в арсенале у специалистов центра передовых технологий, таких как биопсия «сторожевого» лимфатического узла, дает возможность максимально сократить объем хирургического вмешательства, избежать послеоперационных осложнений и длительной реабилитации. Специалисты современных морфологических и молекулярно-генетических лабораторий детально изучают биологию опухоли в каждом случае, что позволяет максимально персонифицировать химио- или гормональную терапию и достичь наилучших результатов лечения, повышая качество жизни женщин с раком молочной железы. В центре работают ведущие специалисты нашей страны – акушеры, гинекологи (в том числе эстетические), репродуктологи, эндокринологи, это позволяет успешно решать вопросы лечения злокачественных опухолей у беременных, сохранения репродуктивной функции, планирования беременности и коррекции осложнений гормонотерапии. По словам профессора В.В. Родионова, уникальные возможности НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова давали основание надеяться, что в рамках акции «Волна здоровья» удастся отобрать женщин с раком молочной железы

для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи в условиях центра. От общего числа женщин, обратившихся к маммологу-онкологу на консультацию, больных раком молочной железы были единицы. Основная причина – дефицит информации об уникальных возможностях центра по лечению опухолевых заболеваний женской репродуктивной системы. Полученный опыт еще раз продемонстрировал необходимость более активного участия уникальных специалистов в информационном пространстве. Врач ультразвуковой диагностики Э.А. Илиева провела ультразвуковое исследование у 57 пациенток и отметила, что самыми частыми выявленными нозологиями были распространенная форма эндометриоза и миома тела матки. У женщин в постменопаузе диагностировались очаговые образования эндометрия, новообразования яичников, гиперплазия эндометрия. Э.А. Илиева обратила внимание на то, что «в регионах затруднена дифференциальная ультразвуковая диагностика узловой формы аденомиоза и миомы матки. Кроме того, мало специалистов по ультразвуковой диагностике в детской гинекологии».

Для врачей на теплоходе была подготовлена культурная и развлекательная программа. В Саратове была устроена торжественная встреча с лидером «Лиги здоровья нации» академиком Лео Антоновичем Бокерия. Выражаем благодарность ему, организаторам «Волны здоровья», а также региональным специалистам за яркие впечатления, которые оставила эта поездка! Все врачи – участники акции были одной семьей и чувствовали себя нужными стране людьми. Хотелось бы, чтобы подобные акции продолжились и охватили другие города России, чтобы как можно большему числу пациентов была оказана высококвалифицированная медицинская помощь. 🍀

Подготовили И.А. Аполичина,
Е.В. Уварова, В.В. Родионов,
Е.А. Горбунова, В.В. Чурсин,
Э.А. Илиева



17-18 ФЕВРАЛЯ 2017
II ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
«ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ»

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Прогностические факторы осложнений
- Анестезия у больных высокого риска
- Мониторинг пациента и системы жизнеобеспечения
- Экстракорпоральные методы в коррекции критических состояний
- Экстренная анестезиология – высокий риск: как его уменьшить
- Трудные дыхательные пути: как избежать ошибок и опасностей
- Методы механической поддержки кровообращения: опасности, осложнения, ошибки
- Регионарные методы анестезии: осложнения и ошибки
- Периоперационные неврологические и когнитивные осложнения
- Реализация профессиональных стандартов: путь уменьшения ошибок и осложнений
- Энтеропатические осложнения критических состояний
- Осложнения антикоагулянтной терапии, алгоритмы коррекции
- Периоперационное ведение больных с расстройствами системы гемостаза
- Тяжелая механическая травма: как уменьшить осложнения

Организаторы



По вопросам участия обращаться:

Радмила Тихомирова
8 (495) 6460155 ДОБ. 118
anesteducation@ctogroup.ru

Подробности и регистрация: ANESTEDUCATION.RU

Опыт применения витаминно-минерального комплекса Цикловита у молодых женщин с олигоменореей

В.О. Андреева

Адрес для переписки: Вера Олеговна Андреева, vandreyeva@mail.ru

Изучена эффективность применения двухфазного витаминно-минерального комплекса Цикловита у девушек в возрасте 18–24 лет с нормогонадотропной гипофункцией яичников. Терапия приводила к нормализации показателей фолликулогенеза, восстановлению овуляторного менструального цикла и тем самым способствовала улучшению репродуктивного здоровья молодых женщин.

Ключевые слова: подростки, нормогонадотропная гипофункция яичников, олигоменорея, фолликулогенез, двухфазный витаминно-минеральный комплекс Цикловита

Введение

Одним из основных составляющих репродуктивного здоровья нации является репродуктивное здоровье девочек-подростков. Именно оно определяет будущую демографическую ситуацию в стране. Между тем у 50–75% подростков отмечаются заболевания, способные оказать негативное влияние на реализацию репродуктивной функции, причем примерно треть подростков имеют патологию репродуктивной системы [1].

Второе место в структуре расстройств менструального цикла у подростков занимает первичная и вторичная олигоменорея [2]. Олигоменорея – это проявление патологической ановуляции, которая обусловлена целым рядом эндокринных заболеваний, связанных с патологическими изменениями на уровне головного мозга, надпочечников, щитовидной железы и эндокринными расстройствами органов репродуктивной системы.

В зависимости от содержания фолликуло стимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего гормонов в крови различают гипо-, нормо- и гипергонадотропную формы гормональной недостаточности яичников. Пониженное содержание гонадотропинов в крови может сопровождать различные заболевания гипофиза, гипоталамуса и других отделов центральной нервной системы [3]. Гипергонадотропная недостаточность яичников, наблюдаемая у 10,5% женщин с вторичной аменореей, возникает вследствие первичного поражения гонад. Нормогонадотропная недостаточность яичников, характеризующаяся неизменным содержанием гонадотропинов в крови, является самой распространенной причиной нарушения менструального цикла и бесплодия и может быть обусловлена самыми разными овариальными и экстрагонадными факторами. У 65% больных развитие нормогонадотропной недостаточности яични-

ков в той или иной степени связано с центральными нарушениями регуляции гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы. К экстрагонадным факторам, наиболее часто приводящим к развитию нормогонадотропной недостаточности яичников, относятся функциональная и органическая гиперпролактинемия, ожирение, дефицит массы тела, синдром поликистозных яичников, надпочечниковая гиперандрогения, гипоталамические нарушения, связанные с повреждением механизма положительной обратной связи между яичниками и гипофизом [4].

У 35% больных с нормогонадотропной недостаточностью яичников механизм обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-овариальной системе не нарушен [4]. Следовательно, овариальная недостаточность у таких больных обусловлена первичными (яичниковыми) факторами. У женщин с нормогонадотропной недостаточностью яичников фолликулярный аппарат сохранен и способен поддерживать продукцию эстрадиола на уровне, превышающем пороговый для запуска механизма отрицательной обратной связи между яичниками и гипофизом.

К развитию овариальной дисфункции могут приводить различные нарушения нутриентного статуса, в том числе гиповитаминозы и микроэлементозы. Для коррекции менструального цикла традиционно, к сожалению в некоторых случаях бездумно и не всегда оправданно, практикуется применение



ние комбинированных оральных контрацептивов, прием которых всегда сопряжен с повышенной потребностью организма в микронутриентах и витаминах. Это диктует необходимость устранения нутриентного дефицита как фонового процесса, усугубляющего овариальную дисфункцию. Многолетний успешный опыт российских гинекологов по применению циклической витаминотерапии, особенно при лечении подростков и молодых женщин с нарушениями менструального цикла, не потерял актуальность и в настоящее время. А арсенал используемых средств пополнился витаминно-минеральным комплексом (ВМК) Цикловита, в состав которого входят витамины групп А, С, Е, В, D, тиоктовая кислота, марганец, лютеин, фолиевая кислота, селен, рутин, цинк, никотинамид, пантотенат кальция, йод.

Цель исследования

Оптимизация тактики ведения пациенток с нормогонадотропной олигоменореей путем применения двухфазного витаминно-минерального комплекса Цикловита.

Материал и методы

Основную клиническую группу составили 74 пациентки в возрасте от 18 до 24 лет, страдающие вторичной олигоменореей, проходившие лечение в поликлинике Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии в период с сентября 2014 г. по март 2015 г. Гинекологический возраст пациенток не превышал шесть лет, в среднем 5 ± 1 год. Средняя продолжительность менструации – 5 ± 2 дня. Межменструальные интервалы – от 45 до 62 дней, в среднем 52 ± 8 дней. Длительность заболевания – 26 ± 3 месяца. Для коррекции менструального цикла пациенткам основной группы назначался ВМК Цикловита. В упаковке ВМК Цикловита 42 таблетки: 14 таблеток (один блистер) Цикловита-1 и 28 таблеток (два блистера) Цикловита-2. Цикловита-1 предназначена для приема в первой фазе менструального цикла с первого по четырнадцатый

день от начала менструации, суточная доза – одна таблетка. Цикловита-2 – для приема во второй фазе менструального цикла с пятнадцатого по двадцать восьмой день от начала менструации, суточная доза – две таблетки. Таблетки принимаются внутрь, вместе с едой и большим количеством жидкости. Длительность терапии – три месяца.

В группу контроля вошли 20 пациенток без соматической патологии и нарушений менструального цикла, обратившиеся в поликлинику Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии для проверки состояния здоровья. В группе контроля ВМК Цикловита не назначался. Группы были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела.

С целью оценки функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной осей проведено исследование плазменных концентраций тропных гормонов гипофиза (лютеинизирующего гормона, ФСГ, аденокортикотропного, тиреотропного и пролактина), половых гормонов (эстрадиола, прогестерона, тестостерона), надпочечниковых (17-гидроксипрогестерона, кортизола), тиреоидных гормонов (свободных форм тироксина и трийодтиронина) методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Delfia (Wallac Oy, Финляндия). С помощью иммуноферментного анализа также определялось содержание антимюллерова гормона (АМГ) и ингибина В.

Исследования крови каждой пациентке проводились трижды: при первом обращении (первый визит), через один и три месяца от начала лечения на третий – пятый день менструации (второй и третий визиты соответственно). Полученные в результате исследований данные формировались с использованием Microsoft Excel 2003 с разделением по анализируемым группам. Расчеты выполнены в соответствии с рекомендациями

О.Ю. Ребровой по обработке численных результатов экспериментов в медицине [5]. На основании общей статистики был проведен анализ данных с применением следующего формата результатов – медиана, интерквартильный размах (25-й; 75-й перцентили). Этот расчет проводился также с использованием возможностей Microsoft Excel. Для обработки результатов применяли пакет прикладных программ Statistica 6.0. Различия данных для независимых (несвязанных) групп пациенток определялись с использованием критерия Манна – Уитни, а для зависимых (связанных) групп – критерия Вилкоксона.

Результаты

Анализ гормонального статуса показал, что у пациенток основной и контрольной групп сывороточное содержание лютеинизирующего гормона не имело межгрупповых различий. При этом уровень ФСГ у пациенток основной группы составил $1,8 (0,95; 2,2)$ мМЕ/л. Этот показатель соответствовал нижней границе нормы ($1,8-11,3$ мМЕ/л) и был в 3,5 раза ниже такового в группе контроля – $6,3 (4,95; 7,13)$ мМЕ/л ($p < 0,05$) (табл. 1).

Были выявлены статистически обоснованные межгрупповые различия в уровнях половых стероидов в виде снижения показателей эстрадиола, прогестерона и тестостерона, что указывало на овариальную недостаточность. Так, у пациенток основной группы сывороточное содержание эстрадиола находилось на нижней границе нормы ($30-120$ пг/мл), составив $37,5 (22,3; 50)$ пг/мл – в 1,7 раза ниже, чем в группе контроля – $64 (39; 89,25)$ пг/мл ($p < 0,05$). Показатели тестостерона были в 1,7 раза ниже, чем в контрольной группе – $0,47 (0,4; 0,66)$ и $0,6 (0,4; 0,7)$ нг/мл соответственно ($p < 0,05$).

Об овариальной гипофункции у пациенток основной группы также свидетельствовали показатель ингибина В – $128,5 (90,4; 162,8)$ пг/мл, который был в 3,3 раза выше такового в группе контроля ($p < 0,05$), и низкий уро-

вень АМГ – 1,4 (0,96; 3,3) нг/мл – в 2,5 раза ниже, чем в группе контроля ($p < 0,05$) (табл. 1).

Значения 17-гидроксипрогестерона и кортизола у пациенток с олигоменореей (основная группа) превышали таковые в группе контроля в 1,7 ($p < 0,05$) и 1,2 раза ($p < 0,05$) соответственно, что свидетельствовало об активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (табл. 1). При этом следует отметить, что уровень кортизола соответствовал верхней границе нормы (150–660 нмоль/л) и составлял 624 (518; 858,5) нмоль/л.

Исследование тиреоидных гормонов выявило у пациенток основной группы высокий титр антител к тиреоидной пероксидазе, что указывало на взаимосвязь аутоиммунного тиреоидита со сниженным овариальным резервом и овариальной дисфункцией, про-

являющейся олиго- и аменореей (табл. 1).

Ультразвуковое исследование органов малого таза перед началом приема ВМК Цикловита показало повышенное количество мелких и средних фолликулов диаметром от 4 до 10 мм в эхографических срезах яичников основной группы пациенток. Это можно рассматривать как универсальное проявление яичниковой недостаточности, встречающейся при любой этиологии ее развития [6].

Таким образом, клинико-гормональное состояние репродуктивной системы пациенток основной группы характеризовалось как нормогонадотропная олиго- и аменорея, а повышенные значения ингибина В со сниженным уровнем АМГ и активацией гипофизарно-адренальной оси указывали на функциональную недостаточность яичников.

С учетом цели исследования было изучено влияние двухфазного ВМК Цикловита на динамику показателей овариального резерва у пациенток с нормогонадотропной олиго- и аменореей. Содержание ингибина В снизилось до значений, близких к показателям группы контроля. Иначе говоря, при исходно высоких значениях ингибина В лечение привело к стойкой нормализации его уровня, что было отмечено на втором и третьем визитах (табл. 2). Ингибин В секретируется клетками гранулезы малых антральных фолликулов, рост и созревание которых контролируются ФСГ. Уровни ингибина В и ФСГ находятся в противофазе – при высоком плазменном содержании ингибина В в раннюю фолликулиновую фазу менструального цикла определяется низкий уровень ФСГ [7]. Концентрация ингибина В отражает число и состояние фолликулов, отобранных из примордиального пула [8]. Считается, что определение уровня ингибина В более информативно, чем определение ФСГ, так как ингибин В подавляет секрецию ФСГ. Показатели ФСГ были выше исходного уровня в 1,2 раза на втором визите ($p < 0,05$) и в 1,9 раза на третьем визите (повысившись до среднего уровня нормы) ($p < 0,05$): 2,1 (1,7; 2,5) и 3,4 (2,9; 5,1) мМЕ/л соответственно. Полученные результаты свидетельствовали не только о нормализации уровня ингибина В, но и об эффективности проводимого курса и восстановлении фолликулогенеза. На фоне проводимой терапии (второй визит) изменения сыворо-

Таблица 1. Результаты исследования гормональных показателей и маркеров овариального резерва (антимюллерова гормона, ингибина В) у пациенток с олигоменореей и здоровых девушек (группа контроля) в сыворотке крови на первом визите, Ме (25-й; 75-й перцентили)

Показатель	Основная группа (n = 74)	Контрольная группа (n = 20)
Лютеинизирующий гормон, мМЕ/л	3,3 (2,5; 5,7)	5,95 (5,15; 7,15)
Фолликулостимулирующий гормон, мМЕ/л	1,8 (0,95; 2,2) ¹	6,3 (4,95; 7,13)
Пролактин, МЕ/л	693 (287,5; 771,5)	468 (378,5; 562,5)
Эстрадиол, пг/мл	37,5 (22,3; 50)	64 (39; 89,25)
Антимюллеров гормон, нг/мл	1,4 (0,96; 3,3) ¹	3,55 (3,1; 4,13)
Ингибин В, пг/мл	128,5 (90,4; 162,8) ¹	38,61 (24,9; 88,33)
Кортизол, нмоль/л	624 (518; 858,5) ¹	520 (465,5; 605,25)
17-гидроксипрогестерон, нг/мл	1,4 (1,3; 1,5) ¹	0,81 (0,69; 0,95)
Тестостерон, нг/мл	0,47 (0,4; 0,66)	0,6 (0,4; 0,7)
Тироксин свободный, нг/мл	2,6 (2,4; 2,8)	2,3 (2,2; 2,4)
Трийодтиронин свободный, нмоль/л	16,3 (14,8; 17,5)	16 (14,6; 17,55)
Антитела к тиреоидной пероксидазе, мкг/мл	199,2 (41; 302,5)	0,47 (0,4; 0,66)

¹ Различия статистически достоверны по сравнению с группой контроля, $p < 0,05$.

Таблица 2. Динамика сывороточного уровня ингибина В, антимюллерова и фолликулостимулирующего гормонов у пациенток основной группы на фоне лечения, Ме (25-й; 75-й перцентили)

Гормон	Первый визит	Второй визит	Третий визит	Контрольная группа	Норма (первая фаза менструального цикла)
Антимюллеров гормон, нг/мл	1,4 (0,75; 2,5) ¹	1,7 (0,3; 3,4) ²	5,1 (4,7; 6,8) ^{1,2}	3,55 (3,1; 4,13)	1,5–5,2
Ингибин В, пг/мл	128,5 (113,3; 149,3) ¹	41,7 (29,4; 54,8) ²	58,3 (14,9; 66,5) ²	38,61 (24,9; 88,33)	40–100
Фолликулостимулирующий гормон, мМЕ/л	1,8 (0,95; 2,2) ¹	2,1 (1,7; 2,5)	3,4 (2,9; 5,1) ^{1,2}	6,3 (4,95; 7,13)	1,8–11,3

¹ Различия статистически достоверны по сравнению с группой контроля, $p < 0,05$.

² Различия статистически достоверны по сравнению с показателями на первом визите, $p < 0,05$.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

1. Эффективность циклической микроуридной терапии при нарушениях менструальной функции и состоянии неарте. О.А. Лимова, Л.З. Файлова, Е.Ю. Лисичкина, О.А. Громова и др., ГИНЕКОЛОГИЯ №4, Том 14, 2012г.; 2. Эффективность и безопасность витаминно-минерального препарата ЦИКЛОВИТА в терапии синдромо-предменструального напряжения. Е.Ю. Лисичкина, Гоголева М.В., Торшин М.О. и др., ГИНЕКОЛОГИЯ №2, Том 14, 2012г.; 3. Месяц.

Реклама.СРР № RU.77.99.11.0003.E.005497.06.14 от 20.06.2014 г.

ЦИКЛОВИТА®

ЦИКЛ ПО ПРАВИЛАМ

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ДВУХФАЗНЫЙ
ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС

ФОЛЛИКУЛИНОВАЯ ФАЗА



ЛЮТЕИНОВАЯ ФАЗА



СНИЖАЕТ РИСК ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

ЦИКЛОВИТА®

Способствует:

- улучшению самочувствия при менструациях
- облегчению предменструального напряжения
- улучшению состояния кожи, волос и ногтей

**СНИЖАЕТ РИСК ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

Курсовой* прием Цикловита® способствует:

- Нормализации гормонального фона¹
- Восстановлению регулярного менструального цикла^{1,2}
- Снижению частоты, продолжительности и выраженности большинства симптомов ПМС^{1,2}

* В течение 3 месяцев

otc Pharm
ОТИСИФАРМ

Реклама

Таблица 3. Динамика размеров яичников, диаметра фолликулов у пациенток основной группы на фоне лечения, Ме (25-й; 75-й перцентили)*

Показатель	Первый визит	Второй визит	Третий визит	Контроль
Объем левого яичника, см ³	8,8 (7,4; 12,1) ¹	9,8 (8,2; 13,1) ¹	9,8 (6,7; 11,1) ¹	5,82 (4,9; 8,22)
Объем правого яичника, см ³	8,4 (7,1; 10,2) ¹	9,6 (8,2; 12,2) ¹	8,9 (5,1; 11,2) ¹	6,1 (3,9; 8,6)
Максимальный диаметр фолликулов, см	0,7 (0,5; 0,9) ¹	0,9 (0,6; 1,0) ¹	1,4 (0,9; 1,6)	1,5 (0,8; 1,7)

* Ультразвуковое исследование проводилось на 9–12-й день менструального цикла.

¹ Различия статистически достоверны по сравнению с группой контроля, $p < 0,05$.

точного содержания АМГ по сравнению с первоначальными значениями отсутствовали (табл. 2). К третьему месяцу наблюдения показатели АМГ превышали исходное значение в 3 раза ($p < 0,001$), достигнув верхней границы нормы и составив 5,1 (4,7; 6,8) нг/мл. Это, вероятно, было обусловлено нормализацией ритма секреции гонадотропинов и восстановлением нормального функционирования системы «гипоталамус – гипофиз – яичники» (табл. 2).


Нормальный уровень АМГ в течение трех месяцев у пациенток ос-

новной группы, а также увеличение максимального диаметра фолликулов, определяемое при ультразвуковом исследовании на 9–12-й день менструального цикла (табл. 3), могли быть связаны с нормализацией фолликулогенеза и формированием пула антральных фолликулов. Это подтверждает эффективность проводимого лечения у пациенток с нормогонадотропной гипофункцией яичников.

Клинические результаты приема ВМК Цикловита оценивались по восстановлению показателей регулярного менструального цикла. Во

время второго визита 12 пациенток (16,2% от общего числа пациенток основной группы) констатировали 28-дневный межменструальный интервал, а на третьем визите 24 пациентки (32,4% от общего числа пациенток основной группы) сообщили о 28–30-м дневном менструальном цикле. Побочные эффекты, аллергические реакции и изменение массы тела на фоне приема ВМК Цикловита не зарегистрированы ни у одной из 74 пациенток, принявших участие в исследовании.

Заключение

Применение двухфазного ВМК Цикловита у пациенток с нормогонадотропной гипофункцией яичников, проявляющейся олигоменореей, приводило к нормализации показателей фолликулогенеза, восстановлению овуляторного менструального цикла и тем самым способствовало улучшению репродуктивного здоровья молодых женщин. 

Литература

1. Уварова Е.В., Тарусин Д.И. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков. М.: Триада Х, 2009.
2. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале 21 века // Акушерство и гинекология. 2006. Приложение. С. 21–30.
3. Айламазян Э.К., Габелова К.А., Гзгзян А.М., Потин В.В. Аутоиммунный оофорит (патогенез, диагностика, перспективы лечения) // Акушерство и гинекология. 2002. № 2. С. 7–9.
4. Потин В.В. Волны гонадотропинов и диагностика гормональной недостаточности яичников // Журнал акушерства и женских болезней. 2004. Т. LIII. № 1. С. 73–76.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002.
6. Гзгзян А.М. Аутоиммунный гипогонадизм (патогенез, диагностика, принципы лечения): дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2007.
7. Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н., Машикова Е.А. Роль антимюллерова гормона (АМГ) в норме и при различных гинекологических заболеваниях // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. LVIII. № 3. С. 75–85.
8. Александрова Н.В., Марченко Л.А. Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников // Проблемы репродукции. 2007. № 2. С. 22–29.

Experience of Using Vitamin-Mineral Complex Ciklovita in Young Women with Oligomenorrhea

V.O. Andreeva

Rostov Scientific-Research Institute of Obstetrics and Pediatrics

Contact person: Vera Olegovna Andreeva, vandreyeva@mail.ru

Here, efficacy of two-phase vitamin-mineral complex Ciklovita was examined in young women aged 18–24 with normogonadotropic ovarian hypofunction. The data obtained allowed to conclude that vitamin-mineral complex promoted normalized ovarian folliculogenesis and restored ovulatory menstrual cycle, thereby improving reproductive health of young women.

Key words: adolescents, normogonadotropic ovarian hypofunction, oligomenorrhea, folliculogenesis, two-phase vitamin-mineral complex Ciklovita

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» МЗ РФ

Российское общество акушеров-гинекологов

Российское общество по контрацепции

Ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии



XIX научно-практическая конференция

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ:
актуальные и дискуссионные вопросы**

28 февраля 2017

Москва, Новый Арбат, 36



medQ

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7(495)699 14 65, 699 81 84

www.medQ.ru info@medQ.ru

Реклама



XVI научно-практическая конференция

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

с позиций доказательной медицины

28 марта 2017

Здание Правительства Москвы
Новый Арбат, 36

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7(495)699 14 65, 699 81 84

www.medQ.ru info@medQ.ru



MedQ+



Асимметрия, кровоток и флюорид кальция – взгляд диагноста на репродуктивную сферу

Э.В. Матвеева

Адрес для переписки: Элеонора Викторовна Матвеева, evmatveeva74@mail.ru

Цель исследования: изучение особенностей эхоструктуры и топике патологических фокусов, характера кровотока при диффузных и локальных изменениях в ткани щитовидной, молочных желез и матки с придатками, с оценкой исходных ультразвуковых показателей после курса терапии препаратом Мастопол®.

Материал и методы. В исследование вошли 104 женщины репродуктивного возраста, направленные на ультразвуковое обследование щитовидной железы и органов репродуктивной сферы. Ультразвуковая оценка параметров проводилась трехкратно на ультразвуковых сканерах экспертного класса по расширенному протоколу в соответствии с общепринятыми стандартами доступа и измерений. Исследование носило этапный характер, что позволило сформировать три группы в зависимости от характера изменений: узловой характер очагов ($n = 26$), кистозный характер очагов ($n = 31$), без очаговых изменений, но с диагностированной диффузной формой дисплазии ткани молочной железы ($n = 50$).

Результаты. Выявлена высокая частота гомолатеральной визуализации опухолевидных образований в щитовидной, молочных железах и матке с придатками у пациенток репродуктивного возраста. У пациенток с очаговым поражением органов интереса наблюдалось совпадение эхоструктуры, показателей кровотока, в частности индексов резистентности, и показателей эластометрии патологических фокусов. Анализ эффективности препарата Мастопол® продемонстрировал достоверное улучшение сонографических показателей. За период наблюдения не было выявлено новых патологических очагов. Во всех группах отмечено уменьшение толщины и общей плотности железистого слоя по данным эластометрии, а также уменьшение выраженности дуктэктазии, нормализация индекса сосудистого сопротивления во всех органах интереса. У пациенток с очаговой формой дисплазии выявлено снижение показателя эластометрии и интенсивности кровотока в патологических фокусах щитовидной и молочной желез. У пациенток с кистозной и диффузной формой патологии органов интереса снижение показателей сосудистого сопротивления отмечено в маточных артериях.

Заключение. Полученные результаты доказывают необходимость одномоментного ультразвукового скрининга щитовидной железы и органов репродуктивной сферы с расширением протокола ультразвукового обследования до обязательной оценки не только структуры, но и кровотока в тканях независимо от формы дисплазии. Эти меры дадут возможность проводить своевременную диагностику с малыми экономическими затратами. Выявленные объективные показатели эффективности препарата Мастопол® позволяют рекомендовать его к применению как с лечебной, так и с профилактической целью. Его прием опесечит улучшение качества жизни и эффективность онкопрофилактики у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: щитовидная железа, молочные железы, матка, яичники, ультразвуковая диагностика, гомолатеральность, индекс резистентности, эластометрия, Мастопол



Введение

Распространенность неонкологических заболеваний молочных желез в наше время беспрецедентно высока [1]. Опубликованы данные о том, что мастопатия на биохимическом и молекулярно-генетическом уровне может быть предраковым заболеванием [2]. Большинство научных изысканий подтверждает взаимосвязь патологии в комплексах «щитовидная – молочные железы» и «молочные железы – патология гениталий». Однако анатомо-функциональные связи в организме как единой слаженной системе провоцируют развитие системных дисплазий, что находит отражение в прогрессирующем росте сочетанной патологии указанных органов [3]. В этой связи актуальным становится поиск закономерностей возникновения патологических фокусов, критериев оценки эффективности терапии с помощью малозатратных, легко воспроизводимых в любом медицинском учреждении, безвредных для пациента методик. Ультразвуковая диагностика наиболее полно отвечает вышеуказанным критериям.

Симметрия и асимметрия в организме

Анатомическое строение организма человека подчиняется принципу симметрии. Патологические процессы, напротив, развиваются асимметрично. Асимметрия – характеристика системы, изменяющей исходное состояние (положение) в зависимости от пространственного переноса, поворота, а также системы, в которой проводится различие правого и левого. Ипсилатеральность, или гомолатеральность, подразумевает асимметрию (расположение на одной стороне тела). Сейчас в научном сообществе активно изучается вопрос «правое или левое». Асимметрию мозга рассматривают и в контексте квантовой теории, и в качестве определяющего фактора формирования личностных особенностей и поведенческих реакций

живых существ планеты Земля [4]. В 1993 г. В.А. Геодакян опубликовал статью о половой и латеральной дифференциации как следствии асинхронной эволюции [5] и предложил эволюционную теорию асимметризации организмов, мозга и парных органов [6]. Научных данных об органических асимметриях крайне мало. Как правило, речь идет об органическом повреждении вещества головного мозга вследствие острых процессов: травмы, инсульта, воздействия токсических веществ при онкологических [7] и медленно прогрессирующих (болезни Альцгеймера, Паркинсона) заболеваниях. Кроме того, подобное повреждение рассматривается как результат естественного старения и фактор репродуктивного системогенеза [8–11]. Профессор В.И. Орлов впервые обосновал связь межполушарной асимметрии мозга и системной организации процессов женской репродукции [12], то есть связал функциональную и структурную асимметрию.

В литературе описаны наблюдения доминирования односторонней локализации очагов пневмонии [13], связь латерализации головного мозга и функции щитовидной железы [14–16], латерализованное взаимовлияние гипоталамуса и яичников. Так, было установлено, что только левостороннее повреждение переднего гипоталамуса приводит к компенсаторной гипертрофии яичника и увеличению концентрации фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови [17]. Болгарские физиологи З. Стоянов и П. Николова проанализировали данные о возможной связи левшества и рака молочной железы, но получили противоречивые данные [18].

Цель исследования

Изучить структуру патологических фокусов и характер кровотока методом ультразвуковой диагностики при различных формах дисплазий в ткани щитовидной, молочной желез и матки с придатками.

Оценить изменение исходных ультразвуковых показателей после курса терапии гомеопатическим средством Мастопол в форме таблеток подъязычных (ООО «АЛКОЙ», Россия, ЛС-001891 от 01.04.2011).

Необходимость максимально раннего выявления морфофункциональной перестройки тканей эндокринно-репродуктивной сферы женского организма с последующей коррекцией при минимальном воздействии обосновывает целесообразность проведения исследования на стыке маммологии, гинекологии, ультразвуковой диагностики.

Выбор препарата Мастопол® для изучения не был случаен. Во-первых, в состав препарата Мастопол® входят растительные компоненты, поэтому он имеет преимуществами перед гормональными препаратами. Известно, что гормональная терапия характеризуется побочными явлениями, широким спектром противопоказаний, необходимостью тщательного предварительного обследования и не всегда высокой комплаентностью. Во-вторых, очевидна необходимость проведения патогенетически обоснованной терапией с широким профилем безопасности и удобным режимом применения [19]. В этой связи следует отметить, что апоптозиндуцирующая активность компонентов препарата Мастопол® подтверждена в целом ряде клинических исследований [19–23].

Отечественное гомеопатическое лекарственное средство Мастопол® характеризуется широким спектром биологических эффектов. Компоненты растительного происхождения, входящие в его состав, имеют в разной степени общность химического строения с гонаном (основой стероидов) и соответственно сродство к рецепторам. Иммуномодулирующее действие алкалоидов туи *Thuja occidentalis* обусловлено цитостатическим эффектом, а желтокорня *Hydrastis canadensis* – влиянием на классы Т-лимфоцитов. Кроме того, туя *Thuja occidentalis* характе-

ризуется противовоспалительным фитонцидным эффектом, болюговым *Conium maculatum* – болеутоляющим и седативным эффектом. Минерал плавиковый шпат *Calcium fluoratum* (флюорат кальция) уменьшает плотность фиброэластических компонентов тканей. Влияние Мастопола на состояние молочных желез по ультразвуковым критериям неоднократно изучалось [3, 20, 22–24], но во внимание принимались только количественные показатели толщины железистого слоя, степень дуктэктазии и размеры кистозных образований.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 104 женщины репродуктивного возраста, направленные на ультразвуковое исследование щитовидной железы и органов репродуктивной сферы.

Критерии включения: репродуктивный возраст, информированное согласие, наличие, по данным ультразвуковой диагностики, неонкологического заболевания эндокринно-репродуктивной сферы. Критерии исключения: аменорея независимо от происхождения, прием гормональных препаратов в период исследования, онкологическое заболевание независимо от топика процесса, гистологически подтвержденный эндометриоз, аллергическая реакция на компоненты Мастопола.

План обследования подразумевал сбор клиничко-анамнестических данных и расширенное ультразвуковое исследование в первой фазе менструального цикла. Использовались ультразвуковые сканеры Accuvix A30, Medison UGeo H60, Aloka Prosound Alpha 6. Ультразвуковое исследование проводилось трехкратно и включало в себя стандартные позиции оценки состояния щитовидной и молочных желез, органов малого таза с изучением параметров кровотока по интрапаренхиматозным артериям щитовидной и молочной желез, маточных артерий. При выявлении очага в щитовидной и молочных железах дополнительно выполнялась эластометрия.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы IBM SPSS Statistics 20.

Количественные данные, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических и стандартных ошибок. Количественные показатели, распределение которых отличалось от нормального, – с помощью значений медианы, нижнего и верхнего квартилей. Графически результаты представлялись с помощью ящичных и секторных диаграмм. Для оценки статистической значимости различий количественных

показателей использовались критерий Манна – Уитни (при сравнении независимых совокупностей) и критерий Вилкоксона (при сравнении количественных переменных до и после лечения). Для оценки статистической значимости различий между относительными показателями (частотами, долями), характеризующими независимые совокупности, применялся критерий хи-квадрат Пирсона или точный критерий Фишера (в зависимости от величины ожидаемых явлений). Оценка динамики относительных показателей проводилась с помощью теста МакНемара.

Результаты

В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 24 до 49 лет, средний возраст – $35,7 \pm 1,1$ года. Больше всего участниц (30,8%) были репродуктивного возраста – от 24 до 29 лет, чуть меньше (23,1%) – в возрасте от 40 до 44 лет (табл. 1).

С целью определения факторов, оказывающих влияние на расположение и особенности строения патологических очагов в органах-мишенях, были сопоставлены характер патологических очагов и такие показатели, как рост, масса тела и индекс массы тела (табл. 2). У пациенток с узловыми поражениями щитовидной и молочной желез, матки, яичников наблюдались статистически значимо более высокие показатели массы тела и индекса массы тела ($p = 0,01$ и $p = 0,005$ соответственно), что подтверждает тезис об ожирении как факторе риска развития пролиферативных дисплазий. Выявленная взаимосвязь индекса массы тела и строения патологических очагов представлена на рис. 1. При сравнении показателей роста и массы тела в зависимости от стороны расположения патологических очагов при гомолатеральном поражении органов-мишеней существенных различий установлено не было ($p > 0,05$ для всех показателей).

На первом этапе исследования были проанализированы данные 54 женщин, у которых при ульт-

Таблица 1. Распределение участниц исследования по возрастным группам

Возраст, полных лет	Количество женщин, абс.	Доля в структуре исследуемой совокупности, %
24–29	32	30,8
30–34	18	17,3
35–39	18	17,3
40–44	24	23,1
45–49	12	11,5
Всего	104	100

Таблица 2. Сопоставление особенностей строения патологических очагов и роста, массы тела и индекса массы тела

Показатель	Узловые очаги		Кистозные очаги		p
	Me	ИКР	Me	ИКР	
Масса тела, кг	66,5	61,0–73,0	58,0	55,5–62,5	0,01*
Рост, см	167,5	165,0–170,0	167,0	165,0–170,0	0,951
Индекс массы тела, кг/м ²	23,6	22,4–25,3	20,7	19,7–21,9	0,005*

* Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Примечание. Me – медиана, ИКР – интерквартильный размах.

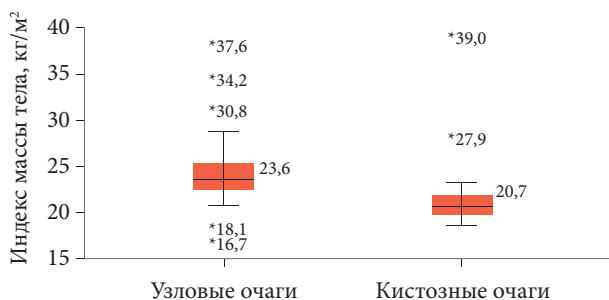


Рис. 1. Зависимость индекса массы тела от строения патологических очагов в щитовидной железе и органах репродуктивной сферы



развуковом исследовании были выявлены патологические очаги в щитовидной железе и органах репродуктивной сферы. Гомолатеральное расположение очагов отмечалось в 40 (74,1%) случаях, билатеральное – в 14 (25,9%) случаях (рис. 2). Таким образом, был подтвержден тезис о преимущественно гомолатеральном расположении патологических очагов в органах-мишенях.

При анализе гомолатерального расположения патологических образований с помощью критерия хи-квадрат Пирсона была выявлена статистически значимая ($p = 0,002$) зависимость доминирующего компонента очагов и стороны расположения фокуса (табл. 3). Далее было проанализировано распределение пациенток с различными комбинациями пораженных органов-мишеней в зависимости от стороны поражения и с помощью точного критерия Фишера были установлены статистически значимые различия, $p = 0,045$ (табл. 4). Очаги в щитовидной и молочных железах наблюдались у всех исследуемых женщин. При правосторонней локализации очагов чаще наблюдалась фибромиома матки, при левостороннем поражении – патология яичников.

Таким образом, была установлена высокая частота гомолатерального расположения патологических очагов в органах-мишенях у женщин, достигающая 74,1%. При этом для правостороннего расположения более характерными были узловые очаги, в том числе фибромиома матки, а для левостороннего – кистозные, в том числе кисты левого яичника.

У женщин репродуктивного возраста оценивалось увеличение толщины железистого слоя молочной железы по классификации Т.Н. Трофимовой и И.А. Солнцевой и степень дуктэктазии как отражение пролиферативных процессов [25–27]. Кроме того, отслеживалась динамика индекса резистентности при исследовании кровотока интрапаренхиматозных артерий щитовидной и молочной

желез, маточных артерий и артерий в очагах как наиболее чувствительного из ультразвуковых критериев в оценке доступа кровотока в ткани. Исходно у пациенток с очаговыми изменениями щитовидной железы и органов репродуктивной сферы отмечалось гомолатеральное расположение патологических очагов, совпадали эхоструктура, показатели кровотока, в частности индекс резистентности, и показатели эластометрии патологических фокусов. На втором этапе исследования были оценены сонографические показатели у пациенток с диффузными и очаговыми формами дисплазии ткани молочной железы после восьминедельного курса приема гомеопатического лекарственного препарата Мастопол® в дозе одна таблетка три раза в день. Показанием к назначению препарата было наличие дисплазии ткани молочной железы. Однако исходя из изложенного выше нами также было изучено изменение показателей в щитовидной железе и органах репродуктивной сферы. В процессе исследования сформированы три группы пациенток по форме патологии и структуре очага. Первая группа – доминирование солидного компонента в патологических очагах: узлы щитовидной железы, фиброаденомы молочной железы, миомы и/или полипы матки ($n = 26$). Вторая группа – доминирование жидкостного компонента очагов: полостные образования щитовидной железы, фиброаденоматоз с преобладанием кистозного компонента в молочных железах, кистоподобные образования яичников ($n = 31$). Третья группа – без очаговых изменений, но с диагнос-

тированной диффузной формой дисплазии ткани молочной железы ($n = 50$).

Новые очаги на фоне приема препарата не возникали. При этом отмечалось уменьшение размеров выявленных ранее очагов, сопровождавшееся уменьшением жесткости ткани по данным эластографии, что свидетельствует о торможении активной пролиферации и позволяет подтвердить тезис о возможности профилактического применения препарата.

Динамика количества очагов с локализацией в молочной и щитовидной железах, яичниках после лечения Мастополом представлена в табл. 5. Согласно полученным

- Правостороннее расположение
- Левостороннее расположение
- Билатеральное расположение

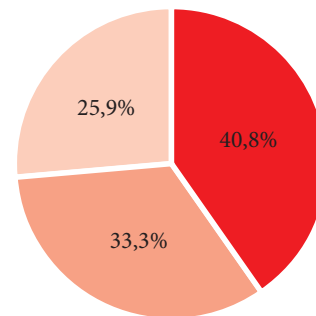


Рис. 2. Структура пациенток по расположению патологических очагов

Таблица 3. Структура исследуемых по строению очагов в зависимости от стороны поражения ($n = 54$)

Расположение очагов	Узел		Киста		Узел + киста	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Справа ($n = 22$)	13	59,1	7	31,8	2	9,1
Слева ($n = 18$)	4	22,2	12	66,7	2	11,1
Билатерально ($n = 14$)	3	21,4	4	28,6	7	50,0
Всего	20	37,0	23	42,6	11	20,4

Таблица 4. Распределение пациенток с различными комбинациями пораженных органов-мишеней в зависимости от стороны расположения очагов

Расположение очагов	Щитовидная железа, молочная железа, матка		Щитовидная железа, молочная железа, яичники		Щитовидная железа, молочная железа, матка, яичники	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Справа ($n = 22$)	13	59,1	8	36,4	1	4,5
Слева ($n = 18$)	4	22,2	12	66,7	2	11,1
Билатерально ($n = 14$)	4	28,6	7	50,0	3	21,4
Всего	21	38,9	27	50,0	6	11,1

данным, наилучшие результаты лечения Мастополом были достигнуты в отношении кистозных образований молочной железы. В 61,3% случаев отмечалось полное исчезновение очагов по данным ультразвукового исследования. Доля исчезнувших узловых образований молочной железы составила 19,2%.

При сравнении частоты исчезновения ультразвуковых признаков очагов в молочной железе в зависимости от их структуры с помощью точного критерия Фишера были установлены статистически значимые различия ($p = 0,003$). Аналогичная тенденция была установлена для образований щитовидной железы. Исчезновение кистозных очагов в результате лечения отмечалось в 24,2% случаев, при этом узловые очаги существенно уменьшались в размерах, однако полностью не исчезали. Различия динамики количества патологических очагов щитовидной железы в результате лечения Мастополом были статистически значимыми ($p = 0,008$). Кистозные очаги в яичниках также активно регрессировали, и в 27,2% случаев после окончания курса лечения Мастополом отмечалось полное исчезновение ультразвуковых признаков образований.

Было рассмотрено влияние препарата Мастопол® на частоту дуктэктазии в молочной железе в зависимости от характера образований (табл. 6). Снижение частоты дуктэктазии было статистически значимым при лечении как узловых, так и кистозных образований

($p < 0,001$). При этом не было выявлено существенной разницы в динамике частоты дуктэктазии при сравнении кистозных и узловых очагов молочной железы: как до, так и после лечения показатели были сопоставимыми ($p = 0,678$ и $p = 0,691$ соответственно).

Важной частью исследования явилась оценка динамики индекса резистентности в результате прохождения курса лечения. Результаты анализа показателей при кистозных очагах в молочной и щитовидной железах представлены в табл. 7.

Динамика индекса резистентности в результате проведенного лечения препаратом Мастопол® была статистически значима как для щитовидной, так и для молочной железы. Исходно повышенные значения индекса резистентности ($> 0,75$) отмечались у девяти (27,3%) пациенток с кистозными образованиями щитовидной железы. В результате лечения Мастополом у большинства из них индекс резистентности снижался до нормальных значений, повышенный уровень показателя после лечения отмечался всего в четырех (12,1%) случаях. Изменения индекса резистентности, оцененные с помощью теста МакНемара, были статистически значимыми ($p = 0,026$). При кистозных очагах в молочных железах индекс резистентности исходно был снижен – значения показателя $> 0,61$ отмечались в 22 (71%) случаях, что имеет клиническую корреляцию с выраженностью масталгии [28]. В одном (3,2%) случае индекс резистентности был повышен ($> 0,91$). После проведенного лечения исходно низкие показатели повышались до нормального уровня, частота пониженных значений индекса резистентности уменьшалась до 9,7%. Значений выше нормы на данном этапе не наблюдалось. Изменения индекса резистентности в результате лечения Мастополом, оцененные с помощью критерия Вилкоксона, были статистически значимыми ($p < 0,001$).

Аналогичным образом были изучены изменения индекса резистентности при узловых очагах в молочной и щитовидной железах, а также в матке (табл. 8).

Таблица 5. Изменение количества кистозных и узловых очагов в молочной и щитовидной железах, яичниках в результате лечения препаратом Мастопол®

Орган	Узловые очаги		Кистозные очаги		p		
	всего	исчезло	всего	исчезло			
		абс.	%	абс.	%		
Молочная железа	26	5	19,2	31	19	61,3	0,003*
Щитовидная железа	25	0	0	33	8	24,2	0,008*
Яичники	–	–	–	33	9	27,2	–

* Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 6. Изменение частоты дуктэктазии при лечении препаратом Мастопол® кистозных и узловых очагов молочной железы

Строение очагов	До лечения		После лечения		p
	абс.	%	абс.	%	
Кистозные (n = 31)	27	87,1	3	9,7	$< 0,001^*$
Узловые (n = 26)	24	92,3	4	15,4	$< 0,001^*$
p	0,678		0,691		

* Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 7. Индекс резистентности до и после лечения препаратом Мастопол® пациенток с кистозными очагами

Орган	Значение индекса резистентности	До лечения		После лечения		p
		абс.	%	абс.	%	
Щитовидная железа (n = 33)	$> 0,75$	9	27,3	4	12,1	0,026*
	$\leq 0,75$	24	72,7	29	87,9	
Молочная железа (n = 31)	$> 0,91$	1	3,2	0	0,0	$< 0,001^*$
	0,61–0,91	8	25,8	28	90,3	
	$< 0,61$	22	71,0	3	9,7	

* Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 8. Динамика индекса резистентности при лечении препаратом Мастопол® пациенток с узловыми очагами

Орган	Значение индекса резистентности	До лечения		После лечения		p
		абс.	%	абс.	%	
Щитовидная железа (n = 25)	$> 0,75$	13	52,0	6	24,0	0,008*
	$\leq 0,75$	12	48,0	19	76,0	
Молочная железа (n = 26)	$> 0,91$	2	7,7	2	7,7	0,086
	0,61–0,91	20	76,9	23	88,5	
	$< 0,61$	4	15,4	1	3,8	
Матка (n = 27)	$> 0,9$	13	48,1	9	33,3	0,047*

* Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Кристаллы гармонии



Негормональное лечение
мастопатии и масталгии

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Проведение курса лечения препаратом Мастопол® способствовало нормализации значений индекса резистентности также при наличии узловых изменений. Так, значения индекса резистентности при узлах в области щитовидной железы статистически значимо снизились с 52 до 24% ($p = 0,008$). Кроме того, отмечалось уменьшение частоты повышенных значений индекса резистентности при фибромиоме матки в результате применения препарата Мастопол® с 48,1 до 33,3% ($p = 0,047$). Исходно повышенные значения индекса резистентности при узловых очагах в молочной железе оставались на прежнем уровне (частота на обоих этапах наблюдения составила 7,7%). Вместе с тем отмечалось снижение частоты случаев значений индекса резистентности $< 0,61$ с 15,4 до 3,8%. Несмотря

на отсутствие существенных различий между показателями при узловых формах молочной железы до и после лечения, на наш взгляд, не следует пренебрегать наблюдаемой тенденцией к нормализации исходно сниженного индекса резистентности, что коррелирует с уменьшением масталгии и улучшением качества жизни пациенток [28].

Заключение

Полученные результаты показывают рост сочетанной патологии щитовидной железы и органов репродуктивной сферы у пациенток репродуктивного возраста, при этом ожирение служитотягчающим фактором для формирования солидных пролифератов.

Выявленная закономерность гомолатерального расположения очагов с идентичностью экоструктуры, по-

казателей кровотока и эластометрии доказывает необходимость одновременного ультразвукового скрининга щитовидной и молочной желез, внутренних половых органов. При этом протокол ультразвукового обследования должен быть расширен до обязательной оценки не только структуры, но и кровотока в тканях. Отсутствие новых очагов, уменьшение степени патологической пролиферации, улучшение кровоснабжения тканей независимо от формы дисплазии позволяют рекомендовать применять препарат Мастопол® и с лечебной, и с профилактической целью, обеспечивая тем самым эффективную онкопрофилактику, улучшение качества жизни пациенток и, соответственно, предотвращая возможные экономические потери в случае усугубления ранее выявленной патологии. ❁

Литература

1. Радзинский В.Е., Ордяниц И.М., Хасанова Л.Х. и др. Молочные железы и гинекологические болезни. М.: StatusPraesens, 2010.
2. Vorherr H. Fibrocystic breast disease: pathophysiology, pathomorphology, clinical picture, and management // Am. J. Obstet. Gynecol. 1986. Vol. 154. № 1. P. 161–179.
3. Радзинский В.Е., Ордяниц И.М., Масленникова М.Н., Павлова Е.А. Возможности оздоровления женщин с сочетанием миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2012.
4. Фокин В.Ф. Итоги симпозиума по функциональной межполушарной асимметрии на 20-м съезде физиологов России 4–8 июня 2007 г. // Асимметрия. 2007. Т. 1. № 1. С. 60–61.
5. Геодакян В.А. Асинхронная асимметрия (половая и латеральная дифференциация – следствие асинхронной эволюции) // Журнал высшей нервной деятельности. 1993. Т. 43. № 3. С. 543–561.
6. Геодакян В.А. Эволюционные теории асимметризации организмов, мозга и тела // Успехи физиологических наук. 2005. Т. 36. № 1. С. 24–53.
7. Протасова Т.П., Шихлярова А.И., Коробейникова Е.П. Функциональная асимметрия и особенности межполушарных взаимодействий как отражение адаптивных процессов в организме онкологических больных // Асимметрия. 2015. Т. 9. № 1. С. 30–41.
8. Бердичевская Е.М., Гронская А.С., Бугаец Я.Е., Хачатурова И.Э. Функциональные асимметрии при обеспечении эффективной деятельности в спорте // Асимметрия. 2007. Т. 1. № 1. С. 62–64.
9. Ахмедова Ш.А. Состояние молочных желез у женщин после 40 лет с нарушениями функции щитовидной железы: дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2006.
10. Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л., Муйжнек Е.Л. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной сферы: теория и практика. М.: Медпрактика-М, 2010.
11. Чечулина О.В. Заболевания молочных желез как фактор нарушения репродуктивной функции женщин // www.mastopol.ru/wp-content/uploads/2016/01/zabolevaniemolochnyh-zhelez-kak-faktor-narusheniya-reproduktivnoj-funksii-zhenshhin-СНеchulina.pdf.
12. Орлов В.И., Черноситов А.В., Сагамонова К.Ю., Боташева Т.Л. Межполушарная асимметрия мозга в системной организации процессов женской репродукции // Функциональная межполушарная асимметрия: хрестоматия / под ред. Н.Н. Богопелова, В.Ф. Фокина. М.: Научный мир, 2004.
13. Добрых В.А., Мун И.Е., Ю К.В. и др. Энантиоморфные характеристики локализации и течения односторонней внебольничной пневмонии // Асимметрия. 2014. Т. 8. № 3. С. 28–36.
14. Катерлина И.Р., Рымар О.Д., Насонова Н.В. и др. Асимметрия щитовидной железы и головного мозга у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и у лиц без тиреоидной патологии // Материалы конференции «Современные направления исследований функциональной межполушарной асимметрии и пластичности мозга» / под ред. С.Н. Иллариошкина, В.Ф. Фокина. М.: Научный мир, 2010.
15. Кузнецова И.А. Функциональное состояние щитовидной железы у женщин с множественными гиперпластическими процессами органов репродуктивной сферы: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.
16. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Исламова А.О. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины // Эндокринная гинекология. Клинические очерки. Киев: Заповіт, 2003. С. 147–180.



17. Ерендеева Л.Э., Завьялова М.В., Слонимская Е.М., Перельмутер В.М. Влияние функциональной асимметрии на прогноз рака молочной железы // Бюллетень сибирской медицины. 2002. Т. 1. № 1. С. 36–39.
18. Стоянов З., Николова П. Левшество и риск рака молочной железы: избытие противоречивых данных // Асимметрия. 2011. Т. 5. № 4. С. 15–20.
19. Патудин А.В., Мищенко В.С., Нечаева Н.П., Космодемьянский Л.В. Гомеопатические лекарственные средства. Справочник для врачей, провизоров и фармацевтов. М.: Астрал, 2011.
20. Андреева Е.Н., Рожкова Н.И., Соколова Д.А. Доброкачественные дисплазии молочных желез: патогенетический вектор лечения. Обзор исследований, клинические рекомендации: информационный бюллетень. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016.
21. Biswas R., Mandal S.K., Dutta S., Bhattacharyya S.S. Thujonrich fractions of Thuja occidentalis demonstrates major anti-cancer potentials: evidences from in vitro studies on A375 cells // Evid. Based Complement. Alternat. Med. 2011. Vol. 2011. ID 568148.
22. Покуль Л.В. Природные и растительные биологически активные компоненты: возможности и перспективы в коррекции дисфункций молочных желез у пациенток репродуктивного возраста после тотальной овариоэктомии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014. Т. 13. № 2. С. 16–22.
23. Отчет о результатах клинического исследования комплексного гомеопатического препарата «Мастопол» у больных с фиброзно-кистозной болезнью молочных желез. М., 2005.
24. Хамошина М.Б., Паренкова И.Я. Не игнорировать мастопатию – не допускать рака. Новый вектор тактики при мастопатии: активная онкопрофилактика: информационное письмо. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015.
25. Трофимова Е.Ю. Комплексная ультразвуковая диагностика заболеваний молочной железы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000.
26. Трофимова Т.Н., Солнцева И.А. Возможности эхографии в диагностике диффузной фиброзно-кистозной мастопатии // Sono Ace International. 2000. Вып. 6. С. 79–84.
27. Труфанов Г.Е., Рязанов В.В., Иванова Л.И. УЗИ с эластографией в маммологии: руководство для врачей. СПб.: Эли-СПб, 2016.
28. Коган И.Ю. Гиперпластические процессы в молочных железах у женщин (патогенез, диагностика, прогнозирование течения): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2008.

Asymmetry, Blood Flow and Calcium Fluoride – a Reproductive Sphere Viewed by a Diagnostician

E.V. Matveyeva

Modern Diagnostic Technology, Krasnodar

Contact person: Eleonora Viktorovna Matveyeva, evmatveeva74@mail.ru

Objective: to investigate features of echostructure and topography of pathological foci, pattern of blood flow in diffuse and local changes in thyroid, mammary glands as well as uterus with ovaries, and assess baseline ultrasound parameters after a course therapy with Mastopol®.

Materials and Methods. 104 women of reproductive age were enrolled to the study to perform ultrasound examination of thyroid gland and reproductive organs. Ultrasound examination was performed three times by using expert class ultrasound scanners according to extended protocol in alignment with common assess and measurement standards. The study was conducted in a stepwise manner, that allowed to assemble three groups depending on character of tissue changes: nodular foci (n = 26), cystic foci (n = 31), no focal changes with diagnosed diffuse dysplasia of mammary glands (n = 50).

Results. High rate of homolateral visualization of neoplasms was found in thyroid, mammary gland as well as uterus and ovaries in women of reproductive age. Female patients with focal injury of examined organs were observed to have overlapped echostructure, parameters of blood flow particularly resistance index, and elastometry parameters in pathological foci. By analyzing efficacy of using Mastopol® it was demonstrated that it significantly improved sonographic parameters. No new pathological foci were detected during entire observation period. It was noted that in all groups, thickness and total density of the glandular layer were decreased according to elastometry study as well as magnitude of duct ectasia, and resistivity index in all examined organs. Patients with focal dysplasia were found to have lowered elastometry and blood flow intensity in pathological foci of thyroid and mammary glands. Patients with cystic and diffuse foci were observed to have decreased resistance index in uterine arteries.

Conclusions. The data obtained prove a need to perform simultaneous ultrasound screening of thyroid gland and reproductive organs and extend a protocol for ultrasound examination to obligatorily assess not only structure, but tissue blood flow regardless dysplasia type as well. Such efforts would allow to provide a timely diagnostics with low economic expenditures. Uncovered objective efficacy parameters for Mastopol® allow to recommend it for use both for therapy and prevention, that would improve quality of life and conduct efficient oncology prevention in women of reproductive age.

Key words: thyroid gland, mammary gland, uterus, ovaries, ultrasound diagnostics, homolaterality, resistance index, elastometry, Mastopol

гинекология

Преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек: современные принципы диагностики

А.Г. Арушанова, М.К. Меджидова, Н.А. Ломова, Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник

Адрес для переписки: Наталья Анатольевна Ломова, n_lomova@oparina4.ru

Несмотря на широкий спектр существующих методов прогнозирования преждевременного разрыва плодных оболочек у беременных высокого риска реализации преждевременных родов, не все применяемые сегодня тесты имеют достаточную чувствительность. Между тем только своевременная диагностика данного осложнения позволит провести лечение и улучшить прогноз для матери и плода. В статье рассмотрены современные возможности диагностики преждевременного разрыва плодных оболочек и проведен анализ экспресс-тестов, представленных на современном рынке. Одним из самых надежных является тест на определение плацентарного альфа-1-микроглобулина (AmniSure). AmniSure обеспечивает высокие результаты, которые превосходят стандартные методы по скорости, простоте и чувствительности.

Ключевые слова: преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, диагностика, тест на определение плацентарного альфа-1-микроглобулина

Преждевременные роды в современном акушерстве продолжают оставаться актуальной и нерешенной проблемой. Так, на долю недоношенных детей приходится 60–70% ранней неонатальной смертности и 65–75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8–13 раз выше, чем при своевременных, а перинатальная смертность у недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем у доношенных. Несмотря на многочисленные научные и практические исследования в этой области, частота преждевременных

родов не снижается, а в некоторых странах даже растет, что обуславливает необходимость дальнейшего всестороннего изучения и совершенствования диагностических и лечебных мероприятий. В диагностике преждевременных родов используются несколько биофизических и биохимических маркеров. Ультразвуковая оценка длины шейки матки и определение фетального фибронектина в отделяемом шейки матки и/или влагалища имеют прямую корреляционную связь с преждевременными родами. Тест на фосфорилированный инсулиноподобный фактор роста,

связывающий белок 1 (pIGFBP-1), тоже может быть использован для оценки риска преждевременных родов [1–6]. Преимущество этого теста по сравнению с тестом на определение фетального фибронектина состоит в том, что на результаты не оказывает влияния семенная жидкость, поэтому его можно использовать у пациенток после недавнего полового акта. Однако достоверных научных доказательств связи между результатами теста pIGFBP-1, длиной шейки матки и риском преждевременных родов нет [1–3]. Одним из самых неблагоприятных осложнений, встречающихся при угрожающих преждевременных родах, является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). На сроке до 37 недель частота ПРПО до начала родовой деятельности составляет 8–10% случаев. ПРПО осложняет 2–4% всех одноплодных и 7–20% многоплодных беременностей [1–6]. Своевременная диагностика данного осложнения позволит провести лечение и улучшить прогноз для матери и плода. Клиническая картина ПРПО зависит от степени повреждения оболочек. При разрыве плодного пузыря наблюдается выделение большого количества жидкости, не связанного с мочеиспусканием. Начинается родовая деятельность. Сложнее ситуация, если из-за микроскопических трещин околоплодные воды подтекают буквально по кап-



лям. На фоне повышенной влагалищной секреции в период беременности лишняя жидкость часто остается незамеченной. Женщина может отмечать, что в положении лежа выделений больше. Это один из признаков ПРПО.

Присоединение инфекции приводит к развитию хориоамнионита и характеризуется повышением температуры тела, ознобом, тахикардией у матери и плода, болезненностью матки при пальпации и гнойными выделениями из шейки матки при обследовании [7]. Начало родовой деятельности и латентный период после ПРПО определяются сроком беременности на момент излития [2, 4–6]. Частота осложнений и их тяжесть зависят от того, на каком сроке беременности произошло излитие околоплодных вод, и от тактики ведения беременной медицинским персоналом. Так, ПРПО на ранних сроках в 4 раза увеличивает смертность новорожденных [4, 5].

Известны различные факторы риска преждевременного излития околоплодных вод. Причинами ПРПО могут быть бактериальный вагиноз, многоплодная беременность, многоводие, преждевременное сокращение миометрия, кровотечение в первом триместре беременности, никотиновая зависимость, преждевременные роды или ПРПО в анамнезе [8, 9]. ПРПО может стать следствием снижения устойчивости амниона к давлению [10]. Еще один фактор – снижение с 20-й недели беременности синтеза коллагена (уменьшение коллагеновой мРНК) и выработки коллагенстабилизирующих ферментов (лизилоксидазы). Ускоряют разрушение коллагена матричные металлопротеиназы, в основном типа 1, 8 и 9. Повышенная способность коллагена к растворению ведет к разрушению амниона и, следовательно, к снижению сопротивления мембраны [9–11].

При ПРПО в клетках хориона, амниона и децидуа вырабатываются провоспалительные цитокины. Они способствуют повышенному образованию утеротонинов в децидуа, миометрии и плаценте, ини-

цируют remodelирование миометрия. Однако остается неясным, почему при ПРПО и высоком риске угрожающих преждевременных родов регулярная сократительная деятельность матки развивается не во всех случаях и безводный промежуток может продолжаться дни и месяцы [10, 11].

При доношенной беременности ПРПО сопровождается началом родов в течение последующих 24 часов в 90% случаев, а при недоношенной – лишь в 50%. Спонтанные роды в пределах первых суток после ПРПО начинаются в 26% случаев при массе плода 500–1000 г, в 51% при массе плода 1000–2500 г и в 81% случаев при массе плода более 2500 г [4, 5–7, 10].

Американская коллегия акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists) выделяет две группы факторов риска ПРПО [4]:

- 1) материнские факторы: ПРПО во время предшествующей беременности, не доношенной до срока (32%); маточное кровотечение во время данной беременности; длительная терапия глюкокортикостероидами; системные заболевания соединительной ткани;
- 2) маточно-плацентарные факторы: отслойка плаценты (10–15% случаев ПРПО при недоношенной беременности); аномалии развития матки; хориоамнионит, многоплодная беременность (7–10% беременностей двойней).

Методы диагностики ПРПО основаны на обнаружении во влагалищном отделяемом определенных белков, которые в норме присутствуют только в околоплодных водах. Были выведены моноклональные антитела, не реагирующие на компоненты спермы, мочи и влагалищного отделяемого. На их основе были созданы два иммунохроматографических теста. При одинаковом принципе действия тесты отличаются уровнем чувствительности. Не рекомендуется использовать тесты по истечении 12 часов после разрыва.

Тест на определение протеина 1, связывающего инсулиноподобный фактор роста, не реагирует

на следы амниотической жидкости, то есть при субклинических разрывах с минимальным количеством примесей является неинформативным. Тест проводится только медицинским персоналом [13].

Тест на определение плацентарного альфа-1-микроглобулина (ПАМГ-1) (AmniSure) чувствителен даже на ранних сроках беременности, поскольку ПАМГ-1 в большом количестве находится в околоплодных водах. Тест на определение ПАМГ-1 в 4 раза чувствительнее теста на определение протеина 1, связывающего инсулиноподобный фактор роста. Диагностика занимает всего пять – десять минут. Техника очень проста, не требует использования зеркал и может быть выполнена любой женщиной в домашних условиях. При помощи стерильного тампона проводится забор влагалищного содержимого, тампон помещается на несколько минут во флакон с растворителем. Затем во флакон опускается тест-полоска, которая имеет зону контроля и тестовую область. Одна полоска окрашивания указывает на то, что разрыва оболочек нет. При наличии в пробе ПАМГ-1 в тестовой области появится вторая полоска.

Примеси крови и спермы не влияют на результаты теста. И если при сильном кровотечении тест на определение ПАМГ-1 отрицательный, то можно с уверенностью утверждать, что разрыва оболочек нет [13]. Тест показал высокую информативность в широком диапазоне срока беременности (11–42 недели). По данным многочисленных исследований, достоверность теста на определение ПАМГ-1 приравнивается к достоверности метода амниоцентеза с использованием красителя индигокармина и превосходит по эффективности, чувствительности, скорости и простоте комбинированные традиционные методы диагностики [14].

AmniSure – единственный тест, который охватывает весь спектр диагностики ПРПО: от простых случаев, когда надо подтвердить диагноз, до сложных, когда нет явных признаков разрыва и воды подтекают незаметно. Было пока-

зано, что у женщин с укороченной шейкой матки (по данным ультразвукового исследования меньше 25 мм) и неподтвержденным диагнозом ПРПО при осмотре с помощью зеркал тест на определение ПАМГ-1 дал положительный результат. Дальнейшее обследование показало наличие микротрещин

с незначительным подтеканием околоплодных вод [13].

Появление теста AmniSure перевернуло мировой алгоритм диагностики ПРПО. Тест уникален как по простоте использования, так и по чувствительности. При субклинических разрывах, когда традиционные методы недостоверны, тест

на определение ПАМГ-1 дает положительный результат с вероятностью 99%. Если тест положительный, а клинические признаки разрыва отсутствуют, пациентку необходимо госпитализировать и провести весь комплекс лечебных мероприятий, соответствующих состоянию плода и сроку беременности. ❁

Литература

1. *Kurdoglu M., Kolusari A., Adali E. et al.* Does residual amniotic fluid after preterm premature rupture of membranes have an effect on perinatal outcomes? 12 years' experience of a tertiary care center // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2010. Vol. 281. № 4. P. 601–607.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor / American College of Obstetricians and Gynecologists; Committee on Practice Bulletins – Obstetrics // *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 119. № 6. P. 1308–1317.
4. Guidelines Premature Rupture of Membranes / Alabama Perinatal Excellence Collaborative (APEC). 2013. Protocol 9. Ver. 3 www.apecguidelines.org/wp-content/uploads/2016/07/Premature-Rupture-of-Membranes-6-30-2015.pdf.
5. Preterm prelabour rupture of the membranes. Guideline No. 24 / Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Care, Health Service Executive. 2013. Ver. 1.0. // www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/obsandgynaeprogramme/pretermrupture.pdf.
6. *Mohr T.* Premature rupture of the membranes // *Gynakol. Geburtsmed. Gynakol. Endokrinol.* 2009. Vol. 5. № 1. P. 28–36.
7. *Romero R., Chaiworapongsa T., Savasan Z.A. et al.* Clinical chorioamnionitis is characterized by changes in the expression of the alarmin HMGB1 and one of its receptors, sRAGE // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2012. Vol. 25. № 6. P. 558–567.
8. *Dowswell T., Kelly A.J., Livio S. et al.* Different methods for the induction of labour in outpatient settings // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010. Vol. 8. CD007701.
9. *Tavassoli F., Ghasemi M., Mohamadzade A., Shari-fian J.* Survey of pregnancy outcome in preterm premature rupture of membranes with amniotic fluid index < 5 and ≥ 5 // *Oman Med. J.* 2010. Vol. 25. № 2. P. 118–123.
10. *Frenette P., Dodds L., Armson B.A., Jangaard K.* Preterm prelabour rupture of membranes: effect of latency on neonatal and maternal outcomes // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2013. Vol. 35. № 8. P. 710–717.
11. *Van der Ham D.P., van Melick M.J., Smits L. et al.* Methods for the diagnosis of rupture of the fetal membranes in equivocal cases: a systematic review // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2011. Vol. 157. № 2. P. 123–127.
12. *Adeniji A.O., Atanda O.O.A.* Interventions and neonatal outcomes in patients with premature rupture of fetal membranes at and beyond 34 weeks gestational age at a tertiary health facility in Nigeria // *Br. J. Med. Med. Res.* 2013. Vol. 3. № 4. P. 1388–1397.
13. *Ramsauer B., Vidaeff A.C., Hösl I. et al.* The diagnosis of rupture of fetal membranes (ROM): a meta-analysis // *J. Perinat. Med.* 2013. Vol. 41. № 3. P. 233–240.
14. *Cousins L.M., Smok D.P., Lovett S.M., Poeltler D.M.* Amni-sure placental alpha macroglobulin-1 rapid immunoassay versus standard diagnostic methods for detection of rupture of membranes // *Am. J. Perinatol.* 2005. Vol. 22. № 6. P. 317–320.

Premature Labor and Premature Rupture of Membranes: Modern Principles of Diagnosis

A.G. Arushanova, M.K. Medzhidova, N.A. Lomova, N.E. Kan, V.L. Tyutyunnik

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

Contact person: Natalia Anatolyevna Lomova, n_lomova@oparina4.ru

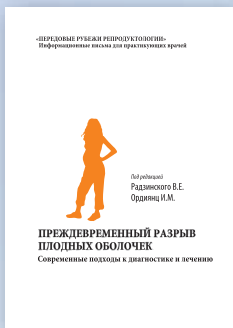
Despite the wide range of existing methods of forecasting premature rupture of membranes in pregnant women at high risk of preterm delivery implementation, the sensitivity of the tests used in the present time is not high enough. Although only a timely diagnosis of this complication may contribute to the proper and timely treatment increases the favorable prognosis for the mother and fetus. The article describes the modern diagnostic capabilities premature rupture of membranes and the analysis of various rapid tests on the market today. One of the most reliable diagnostic tests premature rupture of membranes is placental alpha-microglobulin-1 (AmniSure), providing high performance that surpass the standard methods for speed, simplicity and sensitivity.

Key words: premature labor, premature rupture of membranes, diagnosis, placental alpha-microglobulin-1 test

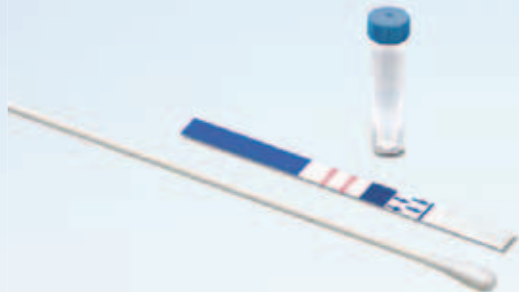


Тест на преждевременный разрыв
плодных оболочек

РЕКОМЕНДОВАН:



- ✓ ~99% ТОЧНОСТЬ
- ✓ НЕ ТРЕБУЕТ ОСМОТРА В ЗЕРКАЛАХ
- ✓ ДОСТОВЕРНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 5 МИНУТ
- ✓ ПРИМЕНИМ НА ЛЮБЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ
- ✓ ОПРЕДЕЛЯЕТ УНИКАЛЬНЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПАМГ-1



РЕКЛАМА
Номер регистрационного удостоверения № ФСЗ 2011/10154 от 15 августа 2011 года



© 2014 QIAGEN | Кайджен РУС | www.amnisure.com | amnisure.ru | +7 (499) 703 15 56



Открытые
медицинские
коммуникации



8 800 333 66 58



www.openmedcom.ru



info@openmedcom.ru

Проект дистанционного образования для врачей

- Аккредитованные лекции по новой системе образования;
- Ведущие российские и международные эксперты;
- Актуальные тематики;
- Участие в семинарах онлайн и в записи с компьютеров, планшетов и смартфонов;
- Возможность задать вопросы устно по бесплатному номеру или письменно в чате;
- Возможность пройти тестирование по прослушанным лекциям и получить сертификат.



РЕКЛАМА

Репродуктивно значимые инфекции и утрата фертильности. Всегда ли знак равенства? Мнения экспертов

Известно, что урогенитальные заболевания, ассоциированные с *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, негативно влияют на репродуктивную функцию женщин. В рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «Астеллас», эксперты, опираясь на собственный клинический опыт и современные международные и российские рекомендации, представили наиболее оптимальные алгоритмы выбора рациональной антибактериальной терапии репродуктивно значимых инфекций.



Профессор
Н.И. Ташильская

Наиболее распространенные причины невынашивания беременности и бесплодия, связанные с урогенитальными инфекциями и воспалительными заболеваниями, рассмотрела на типичных примерах из клинической практики профессор кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, д.м.н. Наталья Игоревна ТАПИЛЬСКАЯ.

Субклиническое воспаление органов малого таза как причина бесплодия и невынашивания беременности

Клинический случай 1

Пациентка Н., 34 года. Обратилась с жалобами на бесплодие в течение пяти лет. В 2010 г. первая беременность, регрессирующая в сроке семь недель, окончилась выскабливанием полости матки. В 2011 г. при обследовании в центре репродуктивных технологий у пациентки был обнаружен полип эндометрия – проведена гистероскопия, полипэктомия, но беременность так и не наступила. В 2013 г. проведена лапароскопия, тубэктомия слева по поводу диагностированного гидросальпинкса, повторная гистероскопия по поводу небольшого полипа эндометрия. В 2015 г. пациентка обратилась в женскую консультацию, для того чтобы получить помощь в рамках бесплатной программы вспомогательных репродуктивных технологий. При выполнении ультразвукового исследования

у нее вновь был обнаружен мелкий полип эндометрия. Она получила направление в стационар для повторной лапароскопии, гистероскопии. Исследование аспирата из полости матки показало наличие у пациентки *Ureaplasma urealyticum*. По словам профессора Н.И. Ташильской, мелкие полипы не препятствуют наступлению беременности, а выскабливание полости матки, гистероскопия способствуют контаминации эндометрия условно-патогенной флорой. В результате хирургического вмешательства на фоне субклинического воспаления нарушается рецептивность эндометрия, а клиническим исходом данного процесса становятся тонкий эндометрий и необратимые последствия формирования фиброза тканей эндометрия (синдром Ашермана). Согласно алгоритму ведения пациенток с диагностированными



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

полипами эндометрия, нерожавшим женщинам, планирующим беременность, показано консервативное ведение мелких полипов до 10 мм. Для назначения терапии необходимо провести патоморфологическое исследование аспирата из полости матки, знать наиболее часто обнаруживаемые возбудители и уровень их антибиотикорезистентности. Джозамицин отличается высокой эффективностью в отношении внутриклеточных агентов и анаэробной микрофлоры, в том числе хламидий и генитальных микоплазм, а также дополнительным противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом. Джозамицин обладает благоприятным профилем безопасности и минимальным риском лекарственных взаимодействий. Сегодня нет данных, свидетельствующих о тератогенности джозамицина, поэтому возможно его назначение при беременности после врачебной оценки пользы/риска. Джозамицин включен в международные рекомендации^{1,2}.

Клинический случай 2

Пациентка З., 29 лет. В 24 года была неразвивающаяся беременность раннего срока, которая завершилась выскабливанием полости матки. В течение последующих четырех лет – бесплодие. Пациентке была проведена диагностическая лапароскопия, тубэктомия слева, диагностическая гистероскопия, полипэктомия. В 2013–2014 гг. она перенесла

две неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). М-эхо – не более 6,5 мм. Диагноз: бесплодие первой степени; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; хронический сальпингоофорит; хронический эндометрит; хламидийная инфекция; две несостоявшиеся попытки ЭКО. Для лечения хламидийной инфекции пациентке проводилась антибактериальная терапия джозамицином (препарат Вильпрафен) в дозе 500 мг три раза в сутки в течение 14 дней. Вильпрафен воздействует на аэробные и анаэробные бактерии, а также на внутриклеточные микроорганизмы и применяется при цервицитах, вызванных хламидиями и микоплазмами. «Антибактериальная терапия была назначена с учетом персистенции хламидийной инфекции. В данном случае очень мало шансов наступления беременности, поэтому нужно использовать все резервы», – пояснила докладчик.

Еще одна потенциальная причина бесплодия, акушерских и неонатальных осложнений – хронический эндометрит. Воспаление эндометрия как мощный эпигенетический триггер в итоге приводит к отмене дифференцировки в рецептивный эндометрий и снижению экспрессии ключевых генов, которые отвечают за имплантацию. Следующий клинический случай, представленный профессором Н.И. Тапильской, продемонстрировал, как правильно подобранная

антибактериальная терапия позволила перекрыть спектр наиболее вероятных возбудителей, после чего у пациентки наступила долгожданная беременность.

Клинический случай 3

Пациентка Н., 34 года. Живет в Лондоне, в браке. В течение трех лет обследуется и лечится по поводу бесплодия. Имеет семь неудачных попыток ЭКО. Пациентка приехала в Россию, где обратилась в один из ведущих центров ЭКО Санкт-Петербурга. При исследовании аспирата полости матки методом ПЦР в режиме реального времени была обнаружена хламидийная инфекция. Лечение азитромицином в дозе 1 г однократно не дало ощутимого результата, поскольку, как потом выяснилось, хламидийная инфекция персистировала в эндометрии, и очередной перенос эмбрионов вновь был неэффективным. Окончательный диагноз: бесплодие первой степени; семь неудачных попыток ЭКО; наружный генитальный эндометриоз; хламидийная инфекция. Было назначено лечение хламидийной инфекции: джозамицин (Вильпрафен) по 500 мг три раза в день в течение десяти дней с внутриматочным орошением гранулоцитарным колониестимулирующим фактором. В следующем после курса антибактериальной терапии менструальном цикле у пациентки наступила спонтанная беременность.

Приведенный клинический пример подтверждает тот факт, что антибактериальная терапия хронического эндометрита улучшает исходы последующей беременности у пациенток с привычной потерей плода. Это соответствует и данным литературы. Было проведено исследование с участием 360 пациенток с привычной

Сегодня нет данных, свидетельствующих о тератогенности джозамицина, поэтому возможно его назначение при беременности после врачебной оценки пользы/риска. Джозамицин включен в международные рекомендации

¹ Lanjouw E., Ouburg S., de Vries H.J. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections // Int. J. STD AIDS. 2016. Vol. 27. № 5. P. 333–348.

² Jensen J.S., Cusini M., Gomberg M., Moi H. 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections // www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2016/IUSTI_mycoplasma_guidelines2016.pdf.

В российских практических рекомендациях (2014) в качестве основного режима терапии пациенткам с ВЗОМТ показано назначение амоксициллина с клавулановой кислотой (Флемоклав Солютаб) 875/125 мг два раза в сутки + доксициклина моногидрат (Юнидокс Солютаб) 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней

потерей плода³. Все пациентки прошли гистероскопическое исследование на наличие признаков хронического эндометрита, результаты которого затем подтверждались гистологически, после чего с помощью ПЦР и бактериально-го посева определялись патогены. После лабораторных исследований 208 пациенткам с признаками хронического эндометрита и наличием патогенов, согласно протоколам CDC, назначалась антибактериальная терапия. Согласно полученным данным, элиминация патогена имела место у 102 участниц исследования, у 80% из них наступила беременность. Таким образом, было показано, что антибактериальная терапия хронического эндометрита у пациенток с привычным невынашиванием беременности является эффективным способом профилактики репродуктивных потерь. Высокими остаются распространенность и частота рецидивирования вагинита и цервицита у женщин репродуктивного возраста, для лечения которых необходимы

бактерицидные препараты широкого спектра действия, такие как Флемоклав Солютаб. Зачастую нарушение микробного пейзажа сочетается с наличием внутриклеточных патогенов, например *U. urealyticum*, что требует назначения этиотропных антимикробных препаратов. Целый ряд исследований доказал чувствительность *Ureaplasma* spp. к джозамицину. В итальянском исследовании продемонстрирована максимальная чувствительность 115 штаммов *U. urealyticum* к доксициклину и джозамицину, а минимальная чувствительность – к офлоксацину, азитромицину и эритромицину⁴. В швейцарском исследовании, по данным микробиологического анализа 140 урогенитальных мазков, максимальная резистентность изолятов *U. urealyticum* и *U. parvum* наблюдалась в отношении ципрофлоксацина (19,4%) и офлоксацина (9,7%)⁵. В этой связи в рутинной клинической практике для лечения неспецифического вагинита и цервицита наиболее удачной считается комбинация препаратов Флемоклав Солютаб и Вильпрафен, в подтверждение чего профессор Н.И. Тапильская привела клинический пример.

Клинический случай 4

Пациентка С., 36 лет. Обратилась за консультацией, во время планового ультразвукового исследования у нее были обнаружены двусторонние эндометриомы: в левом яичнике – 48 × 21 мм, в правом – 28 × 20 мм. Было предложено хирургическое вмешательство, от которого пациентка отказалась. Пациентке была назначена терапия агонистом гонадотропин-ри-

лизинг гормонов в течение трех месяцев, по истечении которых пациентка пришла на прием с жалобами на выделения из половых путей и чувство жжения во время полового акта. Проведенные рН-метрия и исследование с помощью теста «Фемофлор 16» позволили выявить анаэробный вагинит и инфекцию *U. urealyticum*. Пациентка была включена в исследование BALANCE⁶, ей была проведена десятидневная терапия препаратами Флемоклав Солютаб 875/125 мг (одна таблетка) два раза в сутки и Вильпрафен 500 мг три раза в сутки. Лечение было успешным, после курса антибактериальной терапии у пациентки наступила беременность.

Еще одна довольно многочисленная когорта пациенток – это пациентки раннего репродуктивного возраста с аномальным маточным кровотечением. По мнению профессора Н.И. Тапильской, всех пациенток в этом возрасте необходимо обследовать на наличие *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*.

C. trachomatis считается одной из причин аномального маточного кровотечения.

M. genitalium вызывает деструкцию микроворсинок эпителия маточной трубы. Метаанализ 1080 исследований подтвердил, что микоплазменная инфекция увеличивает риск развития преждевременных родов и самопроизвольного аборта в два раза, бесплодия – в 2,5 раза, а при наличии коинфекции – более чем в три раза⁷.

На основании данных многочисленных исследований Центр по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Dis-

³ Cicinelli E., Matteo M., Tinelli R. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment // *Reprod. Sci.* 2014. Vol. 21. № 5. P. 640–647.

⁴ Messano G.A., Cancrini F., Marseu L.T. Antibiotic resistance and defensive medicine: a modern challenge for an old problem, the *Ureaplasma urealyticum* case // *Sanità Pubbl.* 2014. Vol. 70. P. 293–302.

⁵ Schneider S.C., Tinguely R., Droz S. Antibiotic susceptibility and sequence type distribution of *Ureaplasma* species isolated from genital samples in Switzerland // *Antimicrob. Agents Chemother.* 2015. Vol. 59. № 10. P. 6026–6031.

⁶ Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Додова Е.Г., Гасанова Г.Ф. Современные аспекты комбинированной антибактериальной терапии неспецифических вагинитов и цервицитов (результаты неинтервенционного исследования «Баланс») // *Акушерство и гинекология.* 2015. № 8. С. 70–77.

⁷ Lis R., Rowhani-Rahbar A., Manhart L.E. *Mycoplasma genitalium* infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis // *Clin. Infect. Dis.* 2015. Vol. 61. № 3. P. 418–426.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

гинекология

ease Control and Prevention – CDC) в 2015 г. подтвердил ведущую роль *M. genitalium* в этиологии цервицитов и воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ)⁸. *M. genitalium* выявляется у 10–30% пациенток с цервицитами и определяется в отделяемом из цервикального канала и эндометрия у 2–22% пациенток с ВЗОМТ. *M. genitalium* рассматривается как фактор риска ВЗОМТ после прерванной беременности, что было продемонстрировано в шведском популяционном исследовании⁹. В него были включены 2079 женщин, выполнявших медикаментозное прерывание беременности. Перед индукцией аборта проводилось исследование отделяемого из шейки матки на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). При выявлении *C. trachomatis* назначался десятидневный курс доксицилина, но при обнаружении *M. genitalium* терапия не проводилась. Исследование показало, что наличие *M. genitalium* при прерывании беременности увеличивает относительный риск развития ВЗОМТ более чем в пять раз.

Клинический случай 5

Пациентка П., 21 год. Обратилась с жалобами на боли внизу живота и нарушение менструального цикла в виде кровотечения, которое продолжалось более десяти дней и стало обильным с восьмого дня от момента начала менструации. В течение последнего месяца дважды меняла полового партнера, в 19 лет лечила «какие-то инфекции». Пациентку обследовали, в том числе и на наличие репродуктивно значимых инфекций, которые в отделяемом цервикального канала обнаружены не были. Диагноз: острый сальпингит

и оофорит. Пациентке был назначен цефтриаксон 1 г в/м один раз в сутки в течение семи дней. Через семь дней от начала антибактериальной терапии клиническое излечение не наступило. При патоморфологическом исследовании аспирата из полости матки были выявлены *C. trachomatis* и *M. genitalium*. Согласно международным стандартам, в таких случаях проводится эмпирическая терапия. Пациентка прошла курс лечения доксициклином (Юнидокс Солютаб) по 100 мг два раза в сутки. В настоящее время многие авторы склоняются к тому, что препаратом выбора из группы тетрациклинов для лечения уретритов и цервицитов, вызванных хламидийной инфекцией, является доксициклин. Действительно, результаты 23 рандомизированных исследований (n = 2059) продемонстрировали, что доксициклин эффективнее азитромицина в лечении данных заболеваний¹⁰. Кроме того, было доказано, что однократный прием азитромицина (1,0 г) повышает риск развития резистентности *M. genitalium*¹¹, которая устойчива к противомикробным препаратам, действующим на клеточную стенку (бета-лактамы, гликопептиды), но сохраняет чувствительность к джозамицину.

Клинический случай 6

Пациентка Р., 29 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла в виде кровотечения, которое началось через десять дней после менструации, продолжалось семь дней, после чего самостоятельно прекратилось. На первичном приеме у гинеколога ситуация была расценена как «гормональные нарушения» в виде реакции на стресс. Из анамнеза: пациентка

имела однократный незащищенный половой акт с новым половым партнером. Результаты обследования показали наличие у пациентки хламидийной, гонококковой и уреоплазменной инфекций. В связи с этим ей было назначено лечение двумя антибиотиками сразу: цефтриаксоном по 1 г два раза в сутки в течение 14 дней и препаратом Вильпрафен в дозе 500 мг три раза в сутки в течение 14 дней. Оценка состояния пациентки после проведенной терапии подтвердила эрадикацию возбудителей инфекций.

По мнению профессора Н.И. Тапильской, оптимальный алгоритм ведения пациенток раннего репродуктивного возраста с аномальным кровотечением после ВЗОМТ предусматривает назначение следующей эмпирической антибактериальной терапии в течение 14 дней. Это амоксициллин с клавулановой кислотой (Флемоклав Солютаб) по 872/125 мг два раза в сутки, доксицилина моногидрат (Юнидокс Солютаб) по 200 мг в сутки. «Аномальное маточное кровотечение у пациенток в раннем репродуктивном возрасте мы начинаем лечить именно с антибактериальной терапии, а не с гормонов», – подчеркнула докладчик. Профессор Н.И. Тапильская более подробно остановилась на результатах многоцентрового неинтервенционного проспективного исследования BALANCE. Оно охватило 711 пациенток с симптомами неспецифического вагинита и/или цервицита. Среди инфекционных агентов *Ureaplasma spp.* в качестве моноинфекции чаще встречалась при цервицитах (79,2%), в составе микст-инфекции – при неспецифическом цервиците (97,1%) и при сочетании

⁸ Workowski K.A., Bolan G.A., Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 // MMWR Recomm. Rep. 2015. Vol. 64. № RR-03. P. 1–137.

⁹ Bjartling C., Osson S., Persson K. The association between Mycoplasma genitalium and pelvic inflammatory disease after termination of pregnancy // BJOG. 2010. Vol. 117. № 3. P. 361–364.

¹⁰ Radcliffe K. Is Azithromycin the best treatment for chlamydia? // Sex. Transm. Infect. 2013. Vol. 89. Suppl. 1. P. A15.

¹¹ Kong F.Y., Tabrizi S.N., Law M. et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital chlamydia infection: a meta-analysis of randomized controlled trials // Clin. Infect. Dis. 2014. Vol. 59. № 2. P. 193–205.

вагинита с цервицитом (91,9%). Из 711 пациенток монотерапию амоксициллином/клавулановой кислотой прошли 252 пациентки, монотерапию джозамицином – 241, комбинацией препаратов – 218 пациенток. Оба препарата показали сходный высокий профиль клинической и бактериологической эффективности. Препараты продемонстрировали хорошую переносимость – развитие побочных эффектов отмечалось менее чем в 5% случаев. Всего было зарегистрировано четыре случая вульвовагинального кандидоза. Персистенция микоплазменной и уреоплазменной инфекции может быть причиной неблагоприятных родовых исходов. В проспективном межгрупповом исследовании у беременных в возрасте 19–42 лет Р. Aydogan и соавт. установили положительную корреляцию между наличием уреоплазменной и/или микоплазменной инфекции в отделяемом из цервикального канала и патологической плацентацией¹². Кроме того, была обнаружена корреляционная зависимость между персистенцией уреоплазменной и/или микоплазменной инфекции и объемом кровопотери во время операции кесарева сечения.

Профессор Н.И. Тапильская представила схемы антибактериальной терапии, рекомендуемые мировыми и отечественными экспертами пациенткам с привычным невынашиванием беременности и неудачными попытками ЭКО.

В Национальном руководстве по гинекологии 2009 г. к терапии первого ряда относят комбинацию цефалоспоринов третьего поколения (цефотаксим, цефтриаксон) с метронидазолом, амоксициллин с клавулановой кислотой (Флемоклав Солютаб)¹³. Учитывая высокий риск развития хламидийной инфекции, пациенткам может быть показано назначение доксициклина (Юнидокс Солютаб) или макролидов.

В российских практических рекомендациях (2014) в качестве основного режима терапии пациенткам с ВЗОМТ показано назначение амоксициллина с клавулановой кислотой (Флемоклав Солютаб) 875/125 мг два раза в сутки и доксициклина моногидрата (Юнидокс Солютаб) 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней¹⁴. Это согласуется с международными рекомендациями, в которых одним из препаратов выбора по лечению ВЗОМТ называется доксициклин по 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней.

Подводя итог выступлению, профессор Н.И. Тапильская предложила следующий алгоритм реабилитации пациенток с регрессирующей беременностью и инфекциями урогенитального тракта, ассоциированными в том числе с микоплазмами и хламидиями:

- этиотропная терапия – Вильпрафен по 500 мг три раза в день в течение 14 дней, Флемоклав Солютаб по 872/125 мг два раза в день в течение 14 дней;
- низкомолекулярные гепарины в цикле планируемой беременности;
- дидрогестерон по 10 мг два раза в сутки с 11-го по 26-й день в цикле планируемой беременности и далее в первом и втором триместрах беременности с целью профилактики плацентарной недостаточности.

Зачастую использование некачественных препаратов может стать причиной неэффективности лечения и развития антибиотикорезистентности возбудителей. По мнению профессора Н.И. Тапильской, успешно и безопасно лечить контаминированный микроорганизмами эндометрий при наличии субклинического воспаления можно только с помощью оригинальных препаратов.



Профессор
М.А. Гомберг

Распространенные ИППП в акушерстве и гинекологии. Что нового?

Профессор кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова, президент Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ», д.м.н. Михаил Александрович ГОМБЕРГ сфокусировал свое выступление на основных принципах диагностики и лечения урогенитальных инфекций у женщин репродуктивного возраста.

Согласно эпидемиологическим данным, частота диагностированных случаев хламидийной инфекции в 26 странах Европейского союза и Европейской экономической зоны в 2012 г. составила 184 на 100 тыс. населения, в России в 2014 г. – 46 случаев на 100 тыс. жителей. Между тем риск заражения *S. trachomatis* партнерами инфицированных лиц чрезвычайно высок – средняя вероятность пере-

¹² Aydogan P, Kahyaoglu S, Saygan S. Does cervical ureaplasma/mycoplasma colonization increase the lower uterine segment bleeding risk during cesarean section among patients with placenta previa? A cross-sectional study // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2014. Vol. 18. № 16. P. 2243–2247.

¹³ Национальное руководство по гинекологии / под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

¹⁴ Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Российские практические рекомендации / под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. М.: Престо, 2014.

дачи инфекции при однократном вагинальном акте составляет 10%, при контакте в течение шести месяцев – 55%¹⁵. Именно поэтому важно лечить не только пациенток с установленной хламидийной инфекцией, но и их половых партнеров.

К сожалению, урогенитальная хламидийная инфекция в 70–95% случаев протекает бессимптомно¹. Поэтому женщины зачастую обращаются за медицинской помощью уже по поводу осложнений: ВЗОМТ, хронической тазовой боли, трубного бесплодия, внематочной беременности, синдрома Фитц-Хью – Куртиса (ВЗОМТ и перигепатит).

C.L. Haggerty и соавт. еще в 2004 г. обнаружили широкий спектр микроорганизмов в эндометрии при ВЗОМТ (*C. trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, грамположительные и грамотрицательные анаэробы)¹⁶. Однако оценка взаимосвязи урогенитальной инфекции эндометрия с гистологически подтвержденным эндометритом подтвердила ключевую роль *C. trachomatis* в развитии воспаления.

ВЗОМТ хламидийной этиологии у женщин репродуктивного возраста в 20% случаев становится причиной бесплодия, в 18% – синдрома хронической тазовой боли, в 9% – угрожающей жизни трубной беременности. Кроме того, хламидийная инфекция может осложнить течение беременности и послеродовый период. Хламидиоз у беременных может привести к преждевременным родам, развитию недоношенных детей, развитию конъюнктивита у новорожденных и персистирующего конъюнктивита у взрослых.

Профессор М.А. Гомберг также напомнил о возможной ректальной и фарингеальной хламидийной инфекции, заразиться которой можно при незащищенном анальном или оральном сексе. Доказано, что

у женщин с аноректальными инфекциями в 94,5% случаев имеют место урогенитальные инфекции. При ректальной инфекции возможны выделения и дискомфорт с развитием проктоколита, а фарингеальная инфекция обычно протекает бессимптомно.

Согласно последнему Европейскому руководству по лечению хламидийной инфекции, скрининг на хламидии следует проводить при рискованном сексуальном поведении у женщин до 25 лет, наличии нового контакта в течение последнего года и более одного партнера за этот период, а также при выделениях из шейки матки или влагалища, острой тазовой боли или ВЗОМТ, проктите или проктоколите в связи с риском ИППП¹.

Для диагностики хламидийной инфекции рекомендуется использовать только методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), преимущество которых перед другими методами доказано множеством исследований. С помощью МАНК *C. trachomatis* можно обнаружить уже через один – три дня после инфицирования. Предпочтительным материалом для исследования у мужчин считается первая порция мочи, у женщин – мазок из влагалища. Повторное обследование при выявлении *C. trachomatis* у женщин моложе 25 лет проводится через три – шесть месяцев.

Для лечения неосложненной инфекции *C. trachomatis* в Европейском руководстве рекомендуется использовать следующие препараты¹:

- доксициклин по 100 мг внутрь два раза в сутки в течение семи дней;
- джозамицин по 500 мг внутрь три раза в сутки в течение семи дней;
- азитромицин 1,0 г внутрь однократно;

Mycoplasma hominis и *Ureaplasma urealyticum* демонстрируют высокую чувствительность к тетрациклинам (67–100 и 89–97% соответственно) и джозамицину (79–89 и 100% соответственно). Поэтому при данных инфекциях рекомендуется использовать терапию препаратами Юнидокс Солютаб и Вильпрафен

- эритромицин по 500 мг два раза в сутки в течение семи дней;
- левофлоксацин по 500 мг внутрь один раз в сутки;
- офлоксацин 400 мг внутрь два раза в сутки в течение семи дней.

Для лечения неосложненной инфекции *C. trachomatis* у беременных и кормящих женщин рекомендуется использовать:

- джозамицин по 500 мг в сутки в течение семи дней;
- амоксициллин по 500 мг три раза в сутки в течение семи дней;
- азитромицин 1,0 г однократно;
- эритромицин по 500 мг четыре раза в сутки в течение семи дней.

Профессор М.А. Гомберг уточнил, что метаанализ по оценке эффективности азитромицина в дозе 1,0 г в сравнении с доксициклином в дозе 100 мг два раза в сутки в течение семи дней показал достоверное преимущество доксициклина¹¹. Из соображений безопасности доксициклин следует применять в форме моногидрата (Юнидокс Солютаб), поскольку доксициклина моногидрат переносится значительно лучше доксициклина гидрохлорида¹⁷.

Далее докладчик затронул не менее актуальную тему, касающуюся стандартов диагностики и терапии заболеваний, вызываемых генитальными микоплазма-

¹⁵ Althaus C.L., Heijne J.C., Low N. Towards more robust estimates of the transmissibility of Chlamydia trachomatis // Sex. Transm. Dis. 2012. Vol. 39. № 5. P. 402–404.

¹⁶ Haggerty C.L., Hillier S.L., Bass D.C. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis // Clin. Infect. Dis. 2004. Vol. 39. № 7. P. 990–995.

¹⁷ Белоусов Ю.Б., Данилов А.Н., Зырянов С.К., Рачина С.А. Доксициклинассоциированный лекарственный эзофагит: современные фармакологические возможности решения клинической проблемы // Consilium Medicum. 2012. Т. 14. № 4. С. 57–63.

ми. Колонизация генитального тракта микоплазмами происходит уже после первого полового контакта и возрастает в зависимости от числа половых партнеров – чем больше половых партнеров, тем выше процент выделения *U. urealyticum* и *M. hominis*.

U. urealyticum считается условно-патогенным микроорганизмом, ассоциированным с негонококковым уретритом, а *U. parvum* – представителем нормальной флоры. Однако присутствие *U. parvum* может маскировать ассоциацию *U. urealyticum* с негонококковым уретритом.

Показанием к проведению лечения *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители. Однако даже в отсутствие клинических признаков воспалительного процесса терапия обязательно проводится донорам спермы, лицам с диагнозом «бесплодие» и женщинам с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе.

M. hominis и *U. urealyticum* демонстрируют высокую чувствительность к тетрациклинам (67–100 и 89–97% соответственно) и джозамицину (79–89 и 100% соответственно)¹⁸. Поэтому при данных инфекциях рекомендуется использовать терапию препаратами Юнидокс Солютаб и Вильпрафен¹⁹.

M. genitalium считается таким же абсолютным патогеном, как и *C. trachomatis*. *M. genitalium* в 13 раз повышает риск развития эндометрита. Доказана достоверная ассоциация *M. genitalium* с цервицитом, ВЗОМТ, трубным бесплодием²⁰.

Для диагностики *M. genitalium* рекомендованы только молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *M. genitalium*. Показаниями к лабораторному обследованию служат слизисто-гнойный цервицит, выделения из шейки матки или влагалища, острая газовая боль или ВЗОМТ, наличие у полового партнера ИППП. Особенно важно проводить скрининг среди лиц с рискованным сексуальным поведением моложе 40 лет, имеющих более трех новых сексуальных контактов в течение года. Лечение инфекции, вызванной *M. genitalium*, даже в отсутствие клинических проявлений считается обязательным.

M. genitalium мало чувствительна к большинству антибактериальных препаратов, а эффективность азитромицина в дозе 1 г однократно в отношении данной инфекции за последние несколько лет снизилась с 85 до 40%. Согласно последним Европейским рекомендациям по лечению заболеваний, вызванных *M. genitalium* (2015), при несложившейся инфекции в отсут-

ствии устойчивости к макролидам могут назначаться²:

- джозамицин по 500 мг три раза в сутки в течение десяти дней;
- азитромицин по схеме – в первый день по 500 мг, со второго по пятый день – по 250 мг;
- при устойчивости к макролидам – моксифлоксацин по 400 мг один раз в сутки в течение семи дней (14 дней – при ВЗОМТ);
- при персистировании инфекции – доксициклин по 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней.

В заключение профессор М.А. Гомберг подчеркнул, что выявление *C. trachomatis* и *M. genitalium* у пациентов является абсолютным показанием к антибактериальной терапии, а также условием для обследования и назначения антибиотикотерапии всем половым партнерам за шесть месяцев до появления симптоматики или обнаружения инфекции. При этом необходимо провести обследование на все ИППП. Кроме того, пациентам с выявленной инфекцией следует рекомендовать воздержаться от незащищенных половых контактов до окончания лечения.

Заключение

Урогенитальные инфекции, вызванные *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, у женщин являются причиной невынашивания беременности, внутриутробного инфицирования плода, уретритов, сальпингитов, цервицитов. В настоящее время ведущие российские эксперты считают лечение хламидиоза и урогенитальных микоплазмозов абсолютно необходимым условием общего и репродуктивного здоровья пациенток.

Линейка antimicrobных препаратов компании «Астеллас», включающая препараты Юнидокс Солютаб (доксициклина моногидрат), Флемоклав Солютаб (амоксциллин/клавулановая кислота) и Вильпрафен (джозамицин), предоставляет клиницистам возможность выбора наиболее эффективных и безопасных антибиотиков для лечения пациенток с нарушенной фертильностью и урогенитальными инфекциями. ❁

¹⁸ De Francesco M.A., Caracciolo S., Bonfanti C., Manca N. Incidence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* isolated in Brescia, Italy, over 7 years // J. Infect. Chemother. 2013. Vol. 19. № 4. P. 621–627.

¹⁹ Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis* / Российское общество дерматологов и косметологов, Российское общество акушеров-гинекологов. М., 2015.

²⁰ Haggerty C.L. Evidence for a role of *Mycoplasma genitalium* in pelvic inflammatory disease // Curr. Opin. Infect. Dis. 2008. Vol. 21. № 1. P. 65–69.

МОСКВА,
ЦЕНТР
МЕЖДУНАРОДНОЙ
ТОРГОВЛИ

Краснопресненская
набережная,
д. 12



XXIV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»

10–13 апреля 2017 года



РЕГИСТРАЦИЯ
И ЗАЯВКИ
УЧАСТНИКОВ
НА САЙТЕ:

www.chelovekilekarstvo.ru

Предварительная
регистрация на сайте
<http://www.chelovekilekarstvo.ru>
Регистрация во время проведе-
ния конгресса – в холле первого
этажа конгресс-центра
Регистрация для лиц без оплаты
оргвноса обязательна



ШКОЛЫ ДЛЯ
ПРАКТИКУЮЩИХ
ВРАЧЕЙ

- ◆ Тезисы для публикации в сборнике принимаются до 15 января 2017 г.
- ◆ Полная информация о конгрессе размещена на сайте <http://www.chelovekilekarstvo.ru>

КОНКУРСЫ
НАУЧНЫХ РАБОТ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
И СТУДЕНЧЕСКИХ
НАУЧНЫХ РАБОТ

- ◆ В конкурсе научных работ молодых ученых могут участвовать лица в возрасте до 35 лет без ученой степени
- ◆ В конкурсе студенческих научных работ могут участвовать студенты 4-6 курсов медицинских и фармацевтических вузов
- ◆ В студенческих работах допускается один соавтор-студент



Общие вопросы: info@chelovekilekarstvo.ru

Тезисы: tesis@chelovekilekarstvo.ru

Выставка: stend@chelovekilekarstvo.ru

Научная программа, школы, конкурсы, договоры: trud@chelovekilekarstvo.ru

109029, г. Москва, ул. Нижегородская, д. 32, стр. 4, оф. 202, тел./факс: +7 (499) 584 4516



www.chelovekilekarstvo.ru

Инъекционная эффективность в таблетках*

при вагините³,
цервиците^{2,3}



№1 в назначениях
антибиотиков¹

Флемоклав Солютаб® амокциллин / клавуланат

Вильпрафен® джозамицин

Флемоклав Солютаб® – активность
в отношении 100% штаммов устойчивых
к метронидазолу анаэробов⁴

Вильпрафен® – активность в отношении
96–100% штаммов атипичных
возбудителей ИППП⁵⁻⁷



ЛСР-000392/09 от 26.01.2009

реклама

RUS/FLV/WLP/1/05.2016/KUZNETSOV/80

* Яковлев С. В., Догань Е. В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. №6, 2014 г., стр. 4–6; 1. Препараты компании Астеллас занимают первое место по назначениям врачами антибиотиков в крупнейших городах России. Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых ООО «Синовейт Комкон», и действительна по состоянию на апрель 2015 года; 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен® (П № 012028/01-230112), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=38847&t; 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Флемоклав Солютаб® (ЛСР-000392/09 - 300315), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=45809&t; 4. Puapermpoonsiri S., et al, In vitro activities of 10 antimicrobial agents against bacterial vaginosis-associated anaerobic isolates from pregnant Japanese and Thai women. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1997, 41: 2297–2299; 5. Krausse R. et al. Clin Microbiol Infect. 2010 Nov; 16 (11): 1649–55; 6. Saigal K. et al. Indian J Pathol Microbiol. 2016. Apr-Jun; 59 (2): 194–6; 7. Hunjak B. et al. Arch Gynecol Obstet. 2014 Feb; 289 (2): 407–12.

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

Информация для специалистов здравоохранения

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ