

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в акушерстве и гинекологии

№ 1
январь 2008

Лечение бактериального вагиноза

Рецидивирующая герпесвирусная инфекция

Комплексная терапия нарушений
репродуктивной функции у женщин

**ТЕМА НОМЕРА: урологические
заболевания у беременных**

Юнидокс Солютаб®

доксциклина моногидрат, 100 мг.

В чем отличие от других препаратов доксициклина?

- Более высокая, чем у капсул, биодоступность доксициклина в форме Солютаб, сравнимая с внутривенным введением
- Уменьшение риска возникновения раздражения и язв пищевода благодаря форме моногидрата



astellas

Свет, ведущий к жизни
Создана слиянием компаний Яманучи и Фуджисава

ЗАО Астеллас Фарма

Россия, 109147, Москва, Марксистская, 16
Тел.: (495) 737 07 55, факс: (495) 737 07 53

АЛФАВИТ®

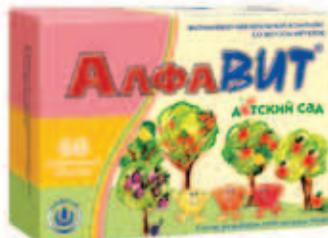
Самый популярный витаминно-минеральный комплекс в России.

ПЕЙТЕ ВИТАМИНЫ ГРАМОТНО!

Компания «АКВИОН» занимается разработкой, производством и продвижением оригинальных витаминно-минеральных комплексов. Спешим сообщить об изменениях в ассортименте продукции и поделиться новостями.



Выпускавшийся ранее комплекс АЛФАВИТ Для детей заменен на АЛФАВИТ Школьник. Новый препарат отличается страной-производителем (его производство перенесено из Великобритании в Россию) и рекомендован детям от 7 лет.



Кроме того, уже осенью мы представим новый витаминно-минеральный комплекс АЛФАВИТ Детский сад. Он разработан Институтом питания РАМН для детей от 3 до 7 лет.



Произошло изменение в витаминно-минеральном комплексе для беременных и кормящих АЛФАВИТ Мамино здоровье. Современные технологии позволили перераспределить его состав по трем таблеткам вместо четырех, что облегчает прием.

Мы стремимся наиболее полно учитывать потребности различных групп потребителей. Представляем вашему вниманию новые витаминно-минеральные комплексы серии АЛФАВИТ.



АЛФАВИТ Диабет. Создан для людей, страдающих диабетом. Кроме витаминов и минералов содержит дополнительные натуральные вещества, положительно влияющие на переносимость глюкозы и эффективные в профилактике осложнений диабета.



АЛФАВИТ Биоритм. Разработан для людей с проблемами синхронизации циклов активности. Благодаря дополнительным натуральным компонентам утренняя таблетка тонизирует, дневная снабжает организм энергией, а вечерняя обладает успокоительным действием.



АЛФАВИТ Эффект. Его состав оптимизирован для людей, ведущих активный образ жизни. Комплекс компенсирует повышенный расход витаминов и минералов в период интенсивных физических и умственных нагрузок и интенсифицирует энергетические процессы в организме.

Желаем здоровья вам и вашим близким!

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



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

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

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

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

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

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

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

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

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Эффективная фармакотерапия
Доказательная медицина
Качественная клиническая практика

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

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

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

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

Специализированное распространение:

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

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

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

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



Редакция журнала:

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

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

научный редактор **Е. Приходько**
(e-mail: prihodko.04@mail.ru)

арт-директор **Д. Иллин**
дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **И. Суровцева**
набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**

менеджер по рекламе **З. Аникина**

менеджер по организации конференций **А. Зайцева**
менеджер по организации конференций **О. Байбекова**
(e-mail: reklama@webmed.ru)

Редакционный совет:

Башмакова Н.В. (Екатеринбург)

Гаспаров А.И. (Москва)

Гриндич А.Л. (Московская область)

Мальцева Л.И. (Казань)

Мурашко Л.Е. (Москва)

Орлов В.И. (Ростов-на-Дону)

Пестрикова Т.Ю. (Хабаровск)

Подзолкова Н.М. (Москва)

Прилепская В.Н. (Москва)

Радзинский В. Е. (Москва)

Савельева Г. М. (Москва)

Сметник В.П. (Москва)

Тамазян Г.В. (Московская область)

Тихомиров А. Л. (Москва)

контактная информация:

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

Тираж 17 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
N 106-77051/от 08.09.2005 г.

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

Январь 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: урологические заболевания у беременных

Л.А. Снякова, И.В. Косова

Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению **6**

стандарты лечения

А.Л. Тихомиров

Рациональная терапия бактериального вагиноза **14**

клинические исследования

В.Н. Тарасов

Эффективность применения суппозиториев Генферон в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции у женщин **18**

контрацепция

В.Н. Прилепская, Н.М. Назарова

Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА **24**

В.В. Яглов

Контрацепция после аборта **28**

клиническая эффективность

Ж.А. Каграманова, В.В. Малиновская, В.В. Парфенов

Терапия рецидивирующей герпесвирусной инфекции у женщин препаратом Виферон-3 **32**

Влияние самопроизвольного прерывания беременности на исходы последующих беременностей

Женщины с самопроизвольным прерыванием беременности во втором триместре, имеют высокий риск самопроизвольных преждевременных родов и повторного выкидыша во втором триместре при последующей беременности, сообщают ученые в декабрьском выпуске «American Journal of Obstetrics & Gynecology». Доктор Михал А. Эловиц и коллеги отмечают, что только несколько исследований сосредоточились исключительно на влиянии самопроизвольного прерывания беременности во втором триместре на исходы последующих беременностей.

В проведенное исследование вошли три группы женщин: 30 пациенток с самопроизвольным прерыванием беременности во втором триместре, 76 женщин со спонтанными преждевременными родами, и 76 женщин с родами в срок. Исследователи определили самопроизвольное прерывание беременности во втором триместре как ту, при которой плод «был жив во время разрыва плодного пузыря, родов, открытия шейки матки», на сроке беременности от 14 недель 0 дней до 23 недель 6 дней. Женщины с внутриматочной смертью плода, и пациенток с вторичными преждевременными родами были исключены из исследования. Частота прерывания во втором триместре при последующей

беременности соответственно составила 27%, 3%, и 1% в группах женщин с прервавшейся беременностью во втором триместре, самопроизвольными преждевременными родами и родами в срок. Соответствующие частоты самопроизвольных преждевременных родов составили 33%, 39,5% и 9%. «Наибольшее беспокойство, – отмечают ученые, – вызывает то, что у женщин с предшествующим прерыванием беременности во втором триместре сохраняется высокая вероятность преждевременных родов на очень ранних сроках». В этой группе частота самопроизвольных преждевременных родов на сроке до 28 недель составляла 10%, против 1,3% в других двух группах. Авторы предполагают, что биологический механизм, ответственный за прерывание беременности во втором триместре, может быть подобен механизму, отвечающему за самопроизвольные преждевременные роды, и, возможно, связан с созреванием шейки матки как первопричиной. Если это так, то у женщин с прервавшейся во втором триместре беременностью, возможно проведение терапии, уменьшающей риск преждевременных родов в последующем, например 17-гидроксипрогестероном, а не цервикального серкляжа.

Источник: Solvay-pharma.ru

Новый метод против бесплодия

Британские врачи изобрели метод, позволяющий выращивать человеческие яйцеклетки в условиях лаборатории из образцов яичников, что является серьезным открытием в лечении бесплодия. Процедуру опробовали в двух британских клиниках по лечению бесплодия. Она состоит из забора ткани яичников у пациентки и ее хранения до того времени, пока женщина захочет завести ребенка. Это позволяет женщинам отложить материнство на годы. Также этот метод устраняет различные риски для здоровья, связанные с другими методами искусственного оплодотворения. Первым этапом новой методики лечения бесплодия является забор образцов ткани яичников при помощи артроскопической хирургии. Далее яичниковую ткань замораживают и хранят до тех пор, пока женщина не захочет зачать ребенка. Тогда незрелые яйцеклетки при помощи гормональных препаратов доводятся до зрелого уровня и используются для искусственного оплодотворения. По словам репродуктологов, данный метод принесет большую пользу в лечении бесплодия из-за того, что пациентки могут избежать ежедневного введения гормональных препаратов, используемых при стимуляции овуляции. Гормональные препараты в свою очередь могут вызвать сильные осложнения и в некоторых случаях даже привести к фатальному исходу при синдроме гиперстимуляции.

Источник: www.medlinks.ru

Найдена причина ПМС

Причина тяжелого предменструального синдрома (ПМС) – в неправильной работе вегетативной нервной системы, уверены японские ученые. Они пришли к такому выводу, детально изучив работу вегетативной нервной системы (которая в основном регулирует работу внутренних органов) у двух групп женщин. Оказалось, что у обычных женщин работа вегетативной нервной системы нарушается только перед менструацией, в то время как у женщин с тяжелым ПМС сбои в работе вегетативной нервной системы происходят постоянно. По мнению ученых, лечение вегетативных расстройств поможет облегчить симптомы ПМС.

Источник: gzt.ru

В России стартовала просветительская программа «Счастье материнства – каждой женщине!»

В России начала действовать просветительская программа «Счастье материнства – каждой женщине!», которая проводится при поддержке Российской ассоциации репродукции человека. Одним из главных направлений деятельности профессионального союза репродуктологов на протяжении уже 16 лет является внедрение и пропаганда современных и наилучших методов лечения бесплодия, а также сотрудничество с государственными службами и организациями пациентов. Диагноз «бесплодие» слышат приблизительно 15% супружеских пар в России. По определению Всемирной организации здравоохранения, бесплодным считается брак, в котором беременность не наступает в течение года регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств. Сегодня пары очень мало знают о том, что такое бес-

плодие, а главное о том, что такой диагноз – не приговор. Поэтому основная цель программы «Счастье материнства – каждой женщине!» заключается в том, чтобы повысить уровень информированности населения о проблеме бесплодия и вариантах его лечения. А главное, донести необходимость своевременного обращения к врачам.

Как сообщили организаторы, в рамках программы «Счастье материнства – каждой женщине!» будет вестись просветительская работа, пройдут социально значимые мероприятия, работает интернет-ресурс о бесплодии www.tamabi.ru.

Источник: <http://www.ami-tass.ru>

Микроэлементы и ранняя младенческая смертность

Дополнительный прием матерью комплекса микроэлементов, а не только препаратов железа и фолиевой кислоты, может снизить раннюю младенческую смертность, особенно у детей женщин с недостаточным питанием или анемией, показали результаты проведенного исследования.

«The Supplementation with Multiple Micronutrients Intervention Trial» (SUMMIT) включило 31290 беременных женщин из Индонезии, которые были рандомизированы по получению комплекса микроэлементов или железа и фолиевой кислоты, принимаемые ежедневно в время беременности и 90 дней после родов. В целом, дети, родившиеся у матерей, получавших комплекс микроэлементов, имели на 18% меньшую вероятность смерти в течение 90 дней после рождения, чем дети матерей, принимавших железо и фолиевую кислоту: нормы детской смертности составили 35,5 против 43,0 смертельных случаев на 1000 живорожденных в этих двух группах, соответственно. Детская смертность, ассоциируемая с приемом комплекса микроэле-

ментов, у женщин с анемией и получавших недостаточное питание составили 25% и 38%, соответственно. Использование комплекса микроэлементов ассоциировалось с 11%-ым уменьшением смерти плода и неонатальной смерти. Для женщин, получавших недостаточное питание или с анемией, уменьшение составило 15% и 29%, соответственно. Матери, получавшие лечение комплексом микроэлементов, имели на 14% меньшую вероятность рождения ребенка с низким весом, чем пациентки из контрольной группы. И снова, снижение риска, отмечаемое на фоне приема комплекса микроэлементов было еще выше для матерей с анемией – 33%.

Ученые считают, что результаты SUMMIT подтверждают необходимость дальнейших исследований эффективности приема беременными женщинами комплекса микроэлементов.

Источник: Солвей Фарма

Число аборт в стране снижается

Министерство здравоохранения и социального развития РФ утвердило новый Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. В документе по сравнению с предыдущим сокращено число заболеваний, при которых не рекомендуется вынашивать беременность. «Изменения в Перечне никак не связаны с ограничением прав женщин на решение иметь или не иметь ребенка», – пояснили в ведомстве. По закону при сроке беременности до 12 недель любая женщина может обратиться к медикам для проведения аборта, руководствуясь исключительно своим желанием. Медицинские показания касаются только более длительных сроков беременности.

Предыдущий Перечень вышел в 1993 году. «За 15 лет медицина шагнула далеко вперед, теперь многие заболевания, которые ранее угрожали жизни и здоровью беременной женщины, стало возможно лечить. Это позволяет женщине выносить ребенка и не прибегать к аборту», – утверждают специалисты Минздравсоцразвития. Кроме того, теперь пересмотрено отношение к беременным женщинам старше 40 лет. Ранее угасание функций репродуктивной системы считалось основанием для медицинских показаний к проведению аборта. Сейчас современная медицинская помощь позволяет зрелым женщинам родить ребенка без ущерба для здоровья. В 2007 году число аборт в стране было ниже по сравнению с прошлыми годами. Это, в первую очередь, объясняется позитивной демографической политикой в стране и, в частности, введением родовых сертификатов, считают в Минздравсоцразвития.

Источник: www.GZT.ru

Генетическое будущее контрацепции

Американские ученые приблизились к созданию принципиально нового контрацептива для женщин. Ими разработан генетический способ предотвращения оплодотворения яйцеклетки с помощью РНК-интерференции. Новое противозачаточное средство блокирует ген, который отвечает за выработку особого белка ZP3. Этот белок является составной частью наружного слоя женской яйцеклетки, и именно на нем оседают сперматозоиды. Блокируя ген и, тем самым, препятствуя образованию ZP3, новое средство делает невозможным слияние сперматозоида с яйцеклеткой и, соответственно, ее оплодотворение. Новые контрацептивы будут выпускаться в основном в виде пластырей или свечей, поскольку исследователи предполагают, что si-РНК не будут работать при пероральном приеме. Автор исследования Зев Уильямс выразил надежду, что уже через три-пять лет тестирование противозачаточного средства можно будет начать на животных, но одновременно предупредил, что испытания на человеке могут быть предприняты только через 10 лет. Несмотря на это, новость была с энтузиазмом воспринята многими гинекологами и представителями организаций по планированию семьи.

Источник: gzt.ru

Ученые выращивают в пробирке «женские сперматозоиды»

Группе исследователей из университета Ньюкасла удалось получить клетки-предшественницы сперматозоидов из стволовых клеток эмбрионов женского пола. Результаты эксперимента открывают путь к разработке методик искусственного оплодотворения, не требующих участия мужчин. Сейчас руководитель исследовательского проекта профессор Карим Найерни готовит заявку на проведение эксперимента по преобразованию в сперматозоиды клеток костного мозга женщин-доноров.

Поскольку часть генов, управляющих процессом сперматогенеза, находится в мужской половой хромосоме, многие эксперты выражали сомнение в возможности получить мужские половые клетки из клеток женского организма. Новый эксперимент доказывает, что это в принципе возможно.

В перспективе выращенные в лаборатории «женские» сперматозоиды могут быть

использованы для искусственного оплодотворения яйцеклеток. В таком случае биологическим отцом получившегося ребенка станет женщина-донор, из клеток которой были получены сперматозоиды. Впрочем, ученым пока не удалось получить из женских клеток зрелые сперматозоиды, способные оплодотворить яйцеклетку. Напомним, что в послужном списке профессора Найерни есть немало громких и успешных исследований. Весной прошлого года его группа получила клетки-предшественницы сперматозоидов из клеток костного мозга мужчин-доноров. Годом ранее исследователям удалось оплодотворить самок мышей сперматозоидами, выращенными из клеток костного мозга мышей-самцов. В результате подопытные животные принесли жизнеспособное потомство. Отчет о новом исследовании Найерни пока остается неопубликованным.

Источник: medzone.ru

Л.А. СИНЯКОВА,
д.м.н., профессор
И.В. КОСОВА
РМАПО, Москва

Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению

В первом русском руководстве по акушерству, составленном Н.М. Максимовичем-Амбодиком, «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» (1784), имелись указания на тесные анатомические связи между половыми и мочевыми органами у женщин. Какова же тактика при нефроуретеролитиазе, нефроптозе, прочих заболеваниях, требующих оперативной коррекции у беременных? Ответ однозначен: желательнее устранить урологические заболевания до беременности. Беременность является фактором риска развития как неосложненных (в 4-10% случаев), так и осложненных инфекций мочевых путей.

Инфекции мочевых путей у беременных могут проявляться в виде бессимптомной бактериурии, неосложненных инфекций нижних мочевых путей (острый цистит, рецидивирующий цистит) и инфекций верхних мочевых путей (острый пиелонефрит).

Распространенность бессимптомной бактериурии в популяции беременных женщин в среднем составляет 6%. Острый цистит и острый пиелонефрит встречаются несколько реже – у 1-2,5%. Однако у 20-40% беременных с бессимптомной бактериурией

во II и III триместре развивается острый пиелонефрит (13). Острый пиелонефрит развивается в III триместре в 60-75% случаев (7). Примерно у 1/3 больных, страдающих хроническим пиелонефритом, во время беременности развивается обострение (8).

Инфекции мочевых путей могут быть причиной ряда серьезных осложнений беременности и родов: анемия, гипертензия, преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, рождение детей с низкой массой тела (<2500 г), что в свою очередь приводит к повышению перинатальной смертности в 3 раза (1).

Показания к прерыванию беременности независимо от срока следующие.

1. Прогрессирующая почечная недостаточность, установленная на основании следующих критериев:

- величина креатинина более 265 мкмоль/л (3%);
- клубочковая фильтрация ниже 30 мл/мин.

2. Нарастание тяжести гипертензии, особенно при злокачественных формах ее течения.

Высокая распространенность инфекций мочевых путей у бере-

менных объясняется следующими факторами: короткой широкой уретрой, близостью ее к естественным резервуарам инфекции (влагалище, анус), механическим сдавлением мочеточников маткой, снижением тонуса мочевых путей, глюкозурией, иммуносупрессией, изменением pH мочи и т.д.

Чаще всего этиологическим фактором развития инфекций мочевых путей у беременных является кишечная палочка. Данные представлены на рисунке 1.

Однако в своей работе, посвященной инфекциям мочевых путей во время беременности, А.П. Никонов (2007) приводит более высокие цифры встречаемости *E. coli* как возбудителя инфекций мочевых путей – до 80%.

ДИАГНОСТИКА

Согласно методическим рекомендациям Европейской ассоциации урологов от 2001 г., выраженная бактериурия у взрослых:

1. $\geq 10^3$ патогенных микроорганизмов/мл в средней порции мочи при остром неосложненном цистите у женщин;
2. $\geq 10^4$ патогенных микроорганизмов/мл в средней порции мочи при остром неосложненном пиелонефрите у женщин;
3. $\geq 10^5$ патогенных микроорганизмов/мл в средней порции мочи у мужчин (или в моче, взятой у женщин прямым катетером) с осложненной ИМП;
4. в пробе мочи, полученной при надлобковой пункции мочевого пузыря, любое количество бакте-

Учитывая, что беременность является фактором риска развития осложненных инфекций, применение коротких курсов антимикробной терапии для лечения бессимптомной бактериурии и острого цистита является неэффективным. Исключением является фосфомицина трометамол (Монурал).

рий свидетельствует о бактериурии.

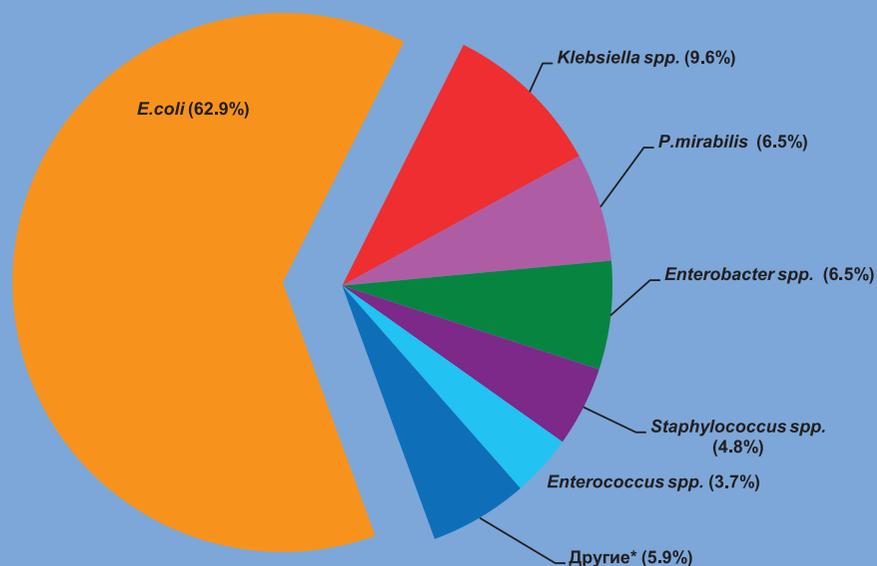
Бессимптомная бактериурия беременных – это микробиологический диагноз, который основывается на исследовании мочи, собранной с максимальным соблюдением стерильности и доставленной в лабораторию в предельно короткие сроки, что позволяет в наибольшей степени ограничить рост бактерий. Диагноз бессимптомной бактериурии может быть установлен при выявлении 10^5 КОЕ/мл (B-II) одного штамма бактерий в двух пробах мочи, взятых с промежутком более 24 часов при отсутствии клинических проявлений инфекций мочевых путей.

Учитывая высокую вероятность развития восходящей инфекции мочевых путей у беременных с бессимптомной бактериурией, возможность развития осложнений во время беременности с риском летального исхода для матери и плода, всем пациенткам показано проведение скринингового обследования и лечения бессимптомной бактериурии беременных. Алгоритм представлен на рисунке 2.

Клиническая симптоматика острого цистита у беременных проявляется дизурией, частыми императивными позывами к мочеиспусканию, болями над лоном. При проведении лабораторных исследований выявляется пиурия (10 и более лейкоцитов в 1 мкл центрифугированной мочи) и бактериурия: 10^2 КОЕ/мл для колиформных микроорганизмов и 10^5 КОЕ/мл для других уропатогенов.

При остром пиелонефрите появляются лихорадка, озноб, тошнота, рвота, боли в поясничной области. Сохраняется пиурия и бактериурия более 10^4 КОЕ/мл. При 

Рисунок 1. Этиология инфекций мочевых путей у беременных (АРИМБ 2003)



* – *Paeruginosa* – 2,2%, *S. agalactiae* – 2,2%, *Candida spp.* – 0,5% и др. – 1%

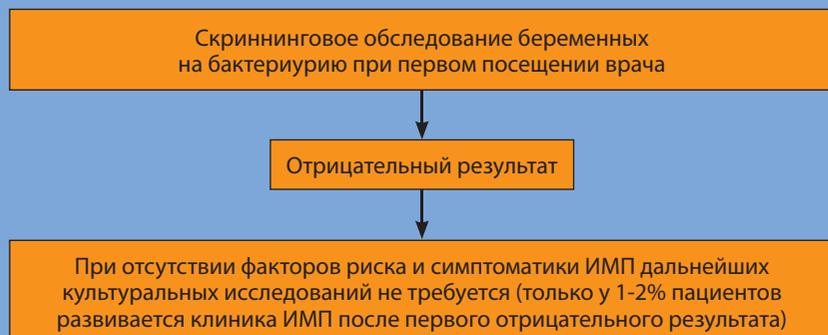
Таблица 1. Распространенность бессимптомной бактериурии в популяции

Группы населения	Распространенность, %
Здоровые женщины в пременопаузе	1,0-5,0
Беременные	1,9-9,5
Женщины старше 50-70 лет	2,8-8,6
в постменопаузе	
Пациенты с диабетом	
женщины	9,0-27
мужчины	0,7-11
Пожилые пациенты, живущие в обществе, 70 лет	
женщины	10,8-16
мужчины	3,6-19
Пожилые пациенты, живущие в домах для престарелых	
женщины	25-50
мужчины	15-40
Пациенты с повреждением спинного мозга	
с периодически удаляющимся катетером	23-89
со сфинктеротомией и презервативным катетером	57
Пациенты на гемодиализе	28
Пациенты с постоянным катетером	
краткосрочный	9-23
долгосрочный	100

Таблица 2. Диагностика ИМП у беременных

Триместр беременности	Бессимптомная бактериурия	Острый цистит	Обострение хронического цистита	Острый пиелонефрит
I	1. Общий анализ мочи 2. Посев мочи, при выявлении возбудителя ($\geq 10^5$ КОЕ/мл) повторный посев мочи через 24 часа Метод забора: самостоятельное мочеиспускание!!!	1. Общий анализ мочи	1. Общий анализ мочи 2. Посев мочи	1. Общий анализ мочи, общий анализ крови 2. Посев мочи 3. УЗИ почек, мочевого пузыря
II-III			1. Общий анализ мочи 2. Посев мочи 3. Соскоб из уретры на ИППП(ПЦР)	

Рисунок 2. Скрининговое обследование беременных на выявление бессимптомной бактериурии



Рекомендации Европейской и Американской урологических ассоциаций для лечения НИМП, 2007

- | | |
|-------------------|---|
| Взрослые | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Фторхинолоны ✓ Фосфомицина трометамол ✓ Нитрофурантоин ✓ Ко-тримоксазол |
| Дети | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ингибиторзащищенные беталактамы ✓ Цефалоспорины II-III поколения ✓ Фосфомицина трометамол |
| Беременные | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Аминопенициллины ✓ Цефалоспорины I-II-III- поколения ✓ Фосфомицина трометамол |

этом в 75% – поражается правая почка, в 10-15% – левая почка, в 10-15% имеет место двусторонний процесс (1).

Особое внимание следует уделять диагностике часто рецидивирующих циститов, так как они могут протекать на фоне урогенитальных инфекций, и в таких случаях ни в посеве мочи, ни в клиническом анализе мочи изменений может быть не выявлено. Таким больным необходимо проводить обследование, направленное на исключение инфекций, передающихся половым путем: соскоб из уретры на ИППП методом ПЦР, ИФА, при необходимости применение серологических методов диагностики.

Алгоритм диагностики инфекций мочевых путей у беременных представлен в таблице 2.

ЛЕЧЕНИЕ

В выборе антимикробного препарата (АМП) для лечения ИМП беременных, кроме микробиологической активности, уровня резистентности, фармакокинетического профиля, доказанной эффективности препарата, мы должны учитывать его **безопасность и переносимость**.

Рациональное и эффективное применение антимикробных препаратов во время беременности предполагает выполнение следующих условий:

- необходимо использовать лекарственные средства (ЛС) только с установленной безопасностью при беременности, с известными путями метаболизма (критерии FDA);

- при назначении препаратов следует учитывать срок беременности: ранний или поздний. Поскольку срок окончательного завершения эмбриогенеза установить невозможно, то необходимо особенно тщательно подходить к назначению антимикробного препарата до 5 мес. беременности;

- в процессе лечения необходим тщательный контроль за состоянием матери и плода.

Таблица 3. Категории риска применения различных антимикробных препаратов у беременных (одобрено FDA USA)

Пенициллины – В
Цефалоспорины – В
Фосфомицин – В
Нитрофурантоин – В
Макролиды – азитромицин – В, кларитромицин – С (запрещено), Мидекамицин, Рокситромицин – С (запрещено), Джозамицин – В (применяется при хламидийной инфекции у беременных)
Фторхинолоны – С
Триметоприм – С, D первый триместр
Сульфаметоксазол – С, D последний триместр

Учитывая высокую вероятность развития восходящей инфекции мочевых путей у беременных с бессимптомной бактериурией, возможность развития осложнений во время беременности с риском летального исхода для матери и плода, всем пациенткам показано проведение скринингового обследования и лечения бессимптомной бактериурии беременных.

Если нет объективной информации, подтверждающей безопасность применения лекарственного средства, включая антимикробные препараты, при беременности или грудном вскармливании, назначать их данным категориям пациентов не следует.

Согласно Рекомендациям Европейской и Американской урологических ассоциаций 2007 г., для лечения неосложненных инфекций мочевых путей у беременных возможно применение следующих групп препаратов:

- аминопенициллины/BLI;
- цефалоспорины I-II-III поколения;
- фосфомицина трометамол.

Во всем мире широко пользуются следующими категориями риска применения ЛС при беременности, разработанными Американской администрацией по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами – FDA (Food and Drug Administration):

А – в результате адекватных, строго контролируемых исследований, не выявлено риска неблагоприятного действия на плод в I триместре беременности (и нет данных, свидетельствующих о подобном риске в последующих триместрах);

В – изучение репродукции на животных не выявило риска неблагоприятного действия на плод, а адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проведено;

С – изучение репродукции на животных выявило неблагоприятное действие на плод, а адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проведено, однако потенциальная польза, связанная с применением ЛС у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск;

Д – имеются доказательства риска неблагоприятного действия ЛС на плод человека, полученные при проведении исследований или на практике, однако потенциальная польза, связанная с приме-

Таблица 4. Антибактериальная терапия инфекций нижних отделов МП у беременных в России (Чилова Р.А., 2006 г.)

Фосфомицин	41,8 %
Нитроксолин	8, %
Нитрофураны	8,2 % (фуразолидон – 6,4%)
Фторхинолоны	6,8 %
Амоксициллин/клавуланат	6,4 %
Цефалоспорины	5,2 % (ЦС-I – 1,9%)
Аминогликозиды	4,6 %
Аминопенициллины	4,1%
Сульфаниламиды, Тетрациклины, Нитроимидазолы и др.	< 3%

Таблица 5. Риск применения лекарственных средств при беременности

Сульфаниламиды – ядерная желтуха, гемолитическая анемия у новорожденных
Нитрофураны – гемолитическая анемия у детей с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы при назначении препаратов в III триместре беременности
Аминогликозиды – нефротоксическое, ототоксическое действие
Хинолоны/фторхинолоны – артропатии
Нитроксолин – периферические полиневриты, атрофия зрительного нерва

Таблица 6. Методы дренирования мочевых путей во время беременности при остром пиелонефрите (5)

Острый серозный пиелонефрит	Острый гнойный пиелонефрит
Терапия положением: сон на «здоровом» боку, коленно-локтевое положение в течение 10-15 минут 3-4 раза в день	Чрескожная пункционная нефростомия
Катетеризация мочеоточника – на ранних сроках при серозной фазе пиелонефрита	Открытое оперативное вмешательство: нефростомия, декапсуляция, ревизия почки, рассечение или иссечение карбункулов, вскрытие абсцессов
Стентирование мочеоточника: ✓ Стенты с покрытием на 4-6 месяцев. Стентирование заканчивается установкой уретрального катетера ✓ Режим частого мочеиспускания после удаления катетера ✓ Динамическое наблюдение уролога в течение всей беременности! ✓ Своевременная смена стентов ✓ УЗ-контроль 1 раз в месяц ✓ Родоразрешение на фоне дренированных мочевых путей. Удаление стента через 4-6 недель после родов	
Чрескожная пункционная нефростомия: при неэффективности ретроградного дренирования почек и прогрессии инфекционно-воспалительного процесса	
Операционная нефростомия при отсутствии технических возможностей выполнения ЧПНС	

Таблица 7. Антибактериальная терапия пиелонефрита у беременных в России (Чилова Р.А., 2006 г.)

Аминопенициллины	31,5%
Цефалоспорины	20,6% (ЦС-I – 9,7%)
Нитрофураны	15%
Нитроимидазолы	7,4%
Амоксициллин/клавуланат	5,9%
Нитроксолин	4,7%
Аминогликозиды	3,8%
Макролиды, Фторхинолоны и др.	< 3%

Таблица 8. Резистентность *E.coli*, выделенной у пациентов с амбулаторными ИМП в России, к пероральным антибиотикам, % (Рафальский В.В., 2005)

Антибиотик	Категория пациентов		
	Беременные с ИМП, n=117	ИМП у взрослых, n=428	ИМП у детей, n=330
Ампициллин (амоксициллин)	31,6	37,1	51,5
Амоксициллин/клавуланат	3,4	2,6	3,9
Цефуроксим	3,4	2,4	3,9
Ко-тримоксазол	14,5	21	35,5
Нитрофурантоин	4,3	1,2	–
Налидиксовая к-та	–	6,9	7
Ципрофлоксацин	–	4,3	–
Фосфомицин	0	0	0
Нитроксолин	–	92,91	–

Таблица 9. Градационная система для оценки рекомендаций в клинических руководствах, предложенная Американским обществом инфекционных болезней и службой здравоохранения США

Категория, степень	Определение
Степень обоснованности к применению	
A	Убедительные данные для применения; всегда должны учитываться
B	Данные средней степени убедительности; как правило, должны учитываться
C	Неубедительные данные для применения; на усмотрение
D	Данные средней степени убедительности против применения; как правило, не должны учитываться
E	Убедительные данные против применения; никогда не должны учитываться
Категория доказательности	
I	Данные, полученные в результате 1 и более правильно рандомизированного контролируемого исследования
II	Данные, полученные в результате 1 и более правильно разработанного нерандомизированного клинического исследования; когортного исследования или исследования методом «случай-контроль» (желательно более 1 центра); множественного исследования через определенные промежутки времени; впечатляющих результатов, полученных в неконтролируемых экспериментах
III	Данные, основанные на мнении уважаемых специалистов, клиническом опыте, представленные в публикациях или отчетах экспертных комиссий

нением ЛС у беременных, может оправдывать его использование несмотря на возможный риск.

Лечение **бессимптомной бактериурии** на ранних сроках беременности позволяет снизить риск развития острого пиелонефрита на поздних сроках с 28% до

уровня менее 3% (9). Учитывая, что беременность является фактором риска развития осложненных инфекций, применение коротких курсов антимикробной терапии для лечения бессимптомной бактериурии и острого цистита является неэффективным. Исключе-

нием является фосфомицин трометамол (Монура) в стандартной дозировке 3 г однократно, так как в концентрациях, близких к среднему и максимальному уровню, Монура приводит к гибели всех патогенов, вызывающих острый цистит в течение 5 часов, активность Монуры против *E. coli* превосходит активность норфлоксацина и ко-тримоксазола (4). Кроме того, концентрация препарата в моче в дозах, превышающих МПК, поддерживается в течение 24-80 часов.

Фосфомицин трометамол является идеальным препаратом первой линии в лечении острого цистита беременных. Он обладает необходимым спектром антимикробной активности, минимальной резистентностью первичных уропатогенов, резистентные клоны микробов повреждаются. Он преодолевает приобретенную резистентность к антибактериальным препаратам других групп, обладает бактерицидной активностью. По данным Zinner, при применении фосфомицина трометамола (n=153) 3 г однократно – показатель излеченности бессимптомной бактериурии через 1 месяц составлял 93%.

Таким образом, для лечения инфекций нижних мочевых путей и бессимптомной бактериурии у беременных показано применение монодозной терапии – фосфомицина трометамол в дозе 3 г; цефалоспоринов в течение 3 дней – цефуроксима аксетила 250-500 мг 2-3 р/сут, аминопеницилинов ВЛI в течение 7-10 дней (амоксициллина/клавуланата 375-625 мг 2-3 р/сут; нитрофуранов – нитрофурантоин 100 мг 4 р/сут – 7 дней (**только II триместр**)).

В России проведено исследование по применению различных препаратов для лечения неосложненных инфекций нижних мочевых путей у беременных, данные представлены в таблице 4. При этом, **часто неправильно назначений составляла 48% !!!**

В таблице 5 представлены основные нежелательные явления при



Бессимптомная бактериурия беременных – это микробиологический диагноз, который основывается на исследовании мочи, собранной с максимальным соблюдением стерильности и доставленной в лабораторию в предельно короткие сроки, что позволяет в наибольшей степени ограничить рост бактерий.



Монурал®

фосфомицина трометамол

**СОЗДАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ЦИСТИТА**



**1 пакетик
на курс лечения**

 **Zambon**

Московское представительство АО «Замбон С.П.А.» (Италия):
119002 Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел.: +7 495 933-38-30, 933-38-32, факс: +7 495 933-38-31
e-mail: zambon@zambon.ru <http://www.zambon.ru>

назначении ряда препаратов во время беременности.

При выявлении атипичных возбудителей (уреа-микоплазменной инфекции, хламидийной инфекции) у больных с часто рецидивирующим циститом, показано применение макролидов (джозамицина, азитромицина в стандартных дозировках) во II-III триместре беременности.

Больным **острым пиелонефритом** показана экстренная госпитализация. В комплекс лабораторно-диагностических методов необходимо включить: общий анализ мочи, крови, бактериологическое исследование мочи; УЗИ почек, мочевого пузыря. Проводить мониторинг жизненно важных функций. Краеугольным камнем лечения больных гестационным пиелонефритом является решение вопроса о необходимости дренирования мочевых путей и выборе метода дренирования.

Показанием к дренированию мочевых путей во время беременности является наличие у больной острого пиелонефрита на фоне нарушенной уродинамики.

Выбор метода дренирования мочевых путей во время беременности зависит от: причин нарушения уродинамики (МКБ, снижение тонуса мочевых путей, сдавление маткой, рефлюкс); сроков беременности; стадии пиелонефрита

(серозный, гнойный).

В таблице 6 мы приводим методы дренирования мочевых путей в зависимости от стадии пиелонефрита.

Антибактериальная терапия проводится только парентерально с последующим контролем эффективности лечения через 48-72 часа. Впоследствии коррекция антибактериальной терапии осуществляется по результатам бактериологического исследования. Длительность терапии серозной стадии воспаления – 14 дней: 5 дней – парентерально, далее – переход на пероральный режим. К препаратам, разрешенным к применению у беременных для лечения острого пиелонефрита, относятся:

- Амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в 3-4 р/сут;
- Цефуроксим натрия 0,75-1,5 г в/в 3 р/сут;
- Цефтриаксон 1-2 г в/в 1 р/сут;
- Цефотаксим 1-2 г в/в 3-4 р/сут.

Преимущества применения амоксициллин/клавуланата заключаются в его высокой активности в отношении ключевого возбудителя ИМП – *E.coli* (уровень резистентности ниже, чем к фторхинолонам), препарат обладает доказанной эффективностью при неосложненных и осложненных инфекциях мочевых путей, а также является препаратом выбора при

лечении инфекций мочевых путей у детей. Следует подчеркнуть, что амоксициллин/клавуланат **не увеличивает риск возникновения врожденных аномалий** и уродств, что делает возможным его применение в I триместре беременности.

Подобное исследование применения антимикробных препаратов проведено по поводу лечения больных острым пиелонефритом во время беременности и выявлено, что **частота неправильных назначений антибактериальных препаратов составила 78%**. Данные представлены в таблице 7.

В России выявлен высокий уровень резистентности кишечной палочки к ампициллину, амоксициллину и ко-тримоксазолу, в связи с чем применять эти препараты нецелесообразно. Данные по уровню резистентности кишечной палочки в России представлены в таблице 8.

В настоящее время инфекционные заболевания мочеполовой системы у женщин отличаются полиэтиологичностью, стертой клинической картиной, высокой частотой микст-инфекции и склонностью к рецидивированию, что требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Решению проблемы антибактериальной терапии в акушерстве и гинекологии могут способствовать: создание государственных стандартов и строгое их соблюдение; создание экспертного совета по пересмотру стандартов; осознание врачами принципов доказательной медицины (1). 

Инфекции мочевых путей у беременных могут проявляться в виде бессимптомной бактериурии, неосложненных инфекций нижних мочевых путей (острый цистит, рецидивирующий цистит) и инфекций верхних мочевых путей (острый пиелонефрит).

Список литературы:

1. А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова, В.А. Капительный. Инфекции мочевыводящих путей и беременность. Гинекология Том 9/№ 1/2007. www.consilium-medicum.com.
2. А.П. Никонов. Инфекции мочевыводящих путей у беременных (слайдовая презентация). Гинекология Том 5/№ 1/2003. www.consilium-medicum.com
3. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R et al. Infectious diseases society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis 2005; 40: 643–54.
4. Sege et al. «Pharmacokinetic profile of fosfomicin trometamol» EUR Urol. 2002.
5. Сняжкова Л.А. Гнойный пиелонефрит (современная диагностика и лечение. //Австрф. дис. ... док. мед.наук., М., 2002
6. S.H. Zinner. Management of urinary tract infections in pregnancy: A review with comments on single dise therapy. Chemotherapy 36 (suppl 1) 1990: 50-52
7. Cunningham FG, Morris GB, Mickal A. Acute pyelonephritis of pregnancy: a clinical review. Obstet Gynecol 1973;42:112–4.
8. Gilstrap L. C. et al. Renal infection and pregnancy outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 141:709, 1981.
9. Sweet, R. L.: Bacteriuria and pyelonephritis during pregnancy. Semin. Perinatol. 1 (1977) 25-40.
10. Berkovitch M., et al. Br J Clin Pharmacol 2004; 58(3):298-302.
11. The management of urinary and male genital tract infections, European Association of Urology, 2007 edition.
12. В.В. Рафальский, Р.А. Чилова, А.И. Ищенко. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: антибиотикорезистентность, анализ практики выбора антибактериальной терапии в России // Эффектив. фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. // 2006. Сент. С. 20-24.
13. Wright et al., Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Rapid answers using Cochrane library. Canadian Family Physician; 1993: 48:58-60.



**ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ
МАТЕРИ И РЕБЕНКА**



**2-ой Региональный
научный форум**



МАТЬ И ДИТЯ

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
 Федеральное агентство по высокотехнологической медицинской помощи
 ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи»
 Российское общество акушеров-гинекологов
 ГОУ ВПО «Кубанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
 Департамент здравоохранения Краснодарского края
 ЗАО «МЕДИ Экспо»

**МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА**

**ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ
МАТЕРИ И РЕБЕНКА**



28 - 30 апреля 2008

СОЧИ

гостиничный комплекс
«Жемчужина»



МЕДИ Экспо



Тел.: (495) 938-9211
Факс: (495) 938-2458

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

А. Л. ТИХОМИРОВ,
д.м.н., профессор

Рациональная терапия бактериального вагиноза

Одним из самых распространенных заболеваний женских половых органов является неспецифический процесс, именуемый «бактериальный вагиноз», при котором не обнаруживаются патогенные возбудители и который является нередкой причиной обильных влагалищных выделений у женщин репродуктивного возраста.

Это заболевание сравнительно недавно выделено в самостоятельную нозологическую форму и по современным представлениям определяется как дисбиотическое состояние влагалищного биотопа, вызванное резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением или исчезновением лактобактерий, особенно H_2O_2 -продуцирующих.

Бактериальный вагиноз является полимикробным вагинальным синдромом, характеризующимся появлением обильных выделений из половых путей, в которых не обнаруживаются известные патогенные возбудители и отсутствуют признаки воспалительных изменений влагалища.

У 50% женщин бактериальный вагиноз протекает бессимптомно, в связи с чем определить его истинную частоту встречаемости не представляется возможным. Однако, по данным различных авторов, его частота колеблется в пределах 15-19% в амбулаторной гинекологической практике, 10-30% – среди беременных женщин, 24-40% – сре-

ди женщин с ИППП, 35% – у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ).

До 1955 г. любой воспалительный процесс во влагалище, не являющийся гонореей, трихомониазом или кандидозом, относился к неспецифическим вагинитам. В 1955 г. «неспецифический бактериальный вагинит» был переименован в *Haemophilus vaginalis vaginitis*, в 1963 г. – в *Corynebacterium vaginitis*, в 1980 г. – в *Gardnerella vaginitis* (гарднереллез), в 1982 г. – в анаэробный вагиноз, в 1983 г. – в неспецифический вагиноз. И только в 1984 г. на 1-й Международной конференции по вагинитам в Швеции было предложено современное название заболевания – бактериальный вагиноз. Повышение количества аэробных и анаэробных бактерий (с преобладанием последних) объясняет название бактериальный, а отсутствие лейкоцитов – клеток, ответственных за воспаление, объясняет название вагиноз.

У здоровых женщин репродуктивного возраста отделяемое влагалища содержит 10^5 - 10^7 микроорганизмов в 1 мл. Ведущее место в вагинальном биотопе занимают H_2O_2 -продуцирующие факультативные лактобациллы, составляя около 90-95% всех микроорганизмов. На долю других видов микроорганизмов, находящихся в малых концентрациях, приходится менее 5-10% общей вагинальной флоры: дифтероиды, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, гарднерелла, облигатные анаэробы. Ряд авторов отмечают, что *G.vaginalis* выделяется из влагалища у 5-60% здоро-

вых женщин. *Mobiluncus sp.* – у 5% здоровых женщин, а соотношение анаэробов и аэробов составляет по крайней мере 10:1.

На фоне преобладания кислотопродуцирующих микроорганизмов создается оптимально кислая среда цервиковагинальной ниши, что и обуславливает равновесие между различными формами бактерий, колонизирующих женские половые пути. Можно сделать вывод, что концентрация таких кислотопродуцирующих микроорганизмов, как лактобактерии и бифидобактерии, которые и формируют во влагалище женщины естественный барьер бактериальной защиты, называемый колонизационной резистентностью, играет определяющую роль для нормального функционирования цервиковагинальной ниши.

В отличие от пациенток с нормальной флорой, больные с бактериальным вагинозом, имеют не факультативные, а анаэробные лактобациллы. Кроме этого, здоровые женщины колонизированы H_2O_2 -продуцирующими лактобациллами, тогда как лактобациллы у больных с бактериальным вагинозом обладают недостаточной способностью продуцировать H_2O_2 , которая подавляет рост патогенных микроорганизмов, ввиду прямой токсичности. Концентрация различных факультативных (*G.vaginalis*) и анаэробных (*Bacteroides peptococcus*) бактерий при бактериальном вагинозе выше, чем у здоровых женщин. Общая концентрация бактерий во влагалище возрастает до 10^{11} в 1 мл. Большие концентрации этих

микроорганизмов влекут за собой изменения в состоянии влагалища. Так, уменьшение содержания молочной кислоты, продуцируемой факультативными лактобациллами, приводит к повышению pH, что в свою очередь стимулирует рост анаэробных микроорганизмов. При увеличении бактериального роста при бактериальном вагинозе возрастает продукция аномальных аминов факультативными анаэробами. Амины при увеличении вагинального pH становятся летучими, обуславливая типичный «рыбный запах», усиливающийся при добавлении 10% раствора КОН во влагалищный секрет. Бактериальные полиамины вместе с находящимися во влагалище органическими кислотами (уксусной и сукциновой) оказывают цитотоксическое действие, вызывая отторжение эпителиальных клеток, что приводит к обильным вагинальным выделениям. *G.vaginalis* способствует интенсификации процесса отторжения эпителиальных клеток, особенно в условиях алкалоза, обнаруживаемого при бактериальном вагинозе. В результате образуются патогномоничные ключевые клетки.

Результаты проведенных исследований позволяют выделить 2 варианта клинического течения бактериального вагиноза: бессимптомное и с клиническими симптомами. У 50% женщин бактериальный вагиноз может протекать бессимптомно. При бессимптомном течении отсутствуют клинические проявления заболевания наряду с положительными лабораторными признаками. Остальные пациентки с бактериальным вагинозом, как правило, предъявляют жалобы на обильные выделения из половых путей белого или серого цвета, часто с неприятным запахом, описываемым как «рыбный», особенно после незащищенного полового акта или во время менструации. Поскольку семенная жидкость имеет pH 7,0, после эякуляции соответственно возрастает вагинальный pH, вследствие чего амины переходят в свободное состояние и, являясь летучими, обуславливают этот запах. Его усиление в связи с половым сношением служит

определенным дифференциально-диагностическим признаком бактериального вагиноза. Длительность существования этих симптомов может исчисляться годами. При прогрессирующем процессе выделения приобретают желтовато-зеленоватую окраску, становятся более густыми, обладают свойством пениться, слегка тягучие и липкие, равномерно распределяются по стенкам влагалища. Количество белей варьирует от умеренных до весьма обильных.

Сам по себе бактериальный вагиноз не представляет угрозы здоровью, однако длительные и обильные вагинальные выделения сопровождаются значительным снижением качества жизни женщины (нарушается половая функция, снижается работоспособность и т.п.).

Диагностика бактериального вагиноза основана на данных клинического обследования и специальных лабораторных методах исследования. Диагноз бактериального вагиноза можно поставить при наличии 3 из 4 критериев, предложенных R.Amsel и названных в литературе «золотым диагностическим стандартом»:

1. гомогенные выделения из влагалища;
2. pH вагинального отделяемого более 4,5;
3. положительный аминный тест;
4. наличие ключевых клеток в мазках вагинального отделяемого, окрашенных по Граму.

По мнению некоторых авторов, для диагностики бактериального вагиноза достаточно 2-х наиболее достоверных критериев: «ключевых клеток» и положительного аминного теста. Так называемые «ключевые клетки» (*Glue cells*) – эпителиальные клетки влагалища, плотно покрытые грамвариабельными палочками, обнаруживаются при бактериоскопии влагалищного содержимого у 70-90% женщин с бактериальным вагинозом.

Одним из наиболее доступных и информативных методов диагностики бактериального вагиноза является положительный аминный тест – усиление или появление запаха гнилой рыбы при смешивании равных пропорций гидроо-

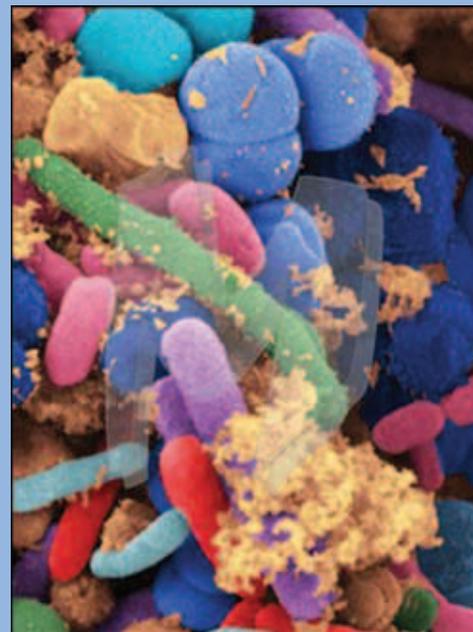


Рисунок 1. Полимикробная флора при БВ

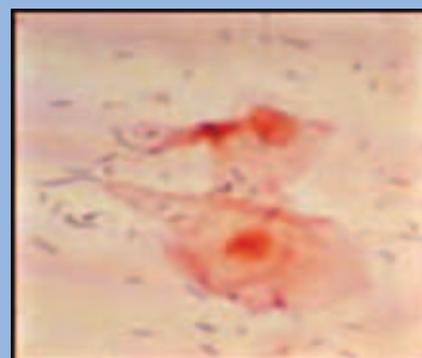


Рисунок 2. *G.vaginalis* (вариант нормы)



Рисунок 3. *G.vaginalis* («ключевая клетка») при БВ в фиксированном мазке

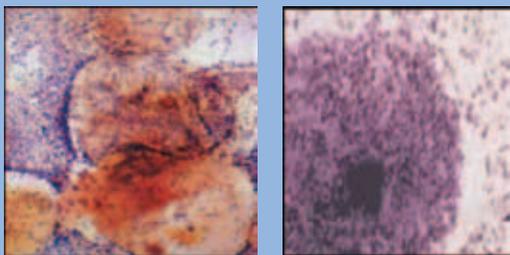


Рисунок 4. Ключевые эпителиальные клетки, покрытые грам-вариабельной коккобациллярной флорой

киси калия и влагалищных выделений. Этот признак достоверен у 94% пациенток с бактериальным вагинозом. Рыбный запах, вызываемый алкилированием влагалищного содержимого, свидетельствует о наличии летучих аминов, таких, как кадаверин, фенетиламин, тирамин, путресцин, гистамин, изобутиламид, – продуктов метаболизма строгих анаэробов.

Значение pH вагинального отделяемого при бактериальном вагинозе превышает нормативные показатели (более 4,5), что определяется элиминацией лактофлоры или резким снижением ее содержания. Для выполнения pH-метрии можно использовать универсальную индикаторную бумагу с эталонной шкалой или различные модификации pH-метров.

Кроме скрининг-тестов, для диагностики бактериального вагиноза используют лабораторные методы: микроскопия вагинального мазка, окрашенного по Граму, хроматографическое исследование микробных метаболитов в вагинальном содержимом, выявление ферментов пролин-аминопептидазы, сиалидазы и некоторые другие.

Метод газожидкостной хроматографии позволяет сравнить содержание в вагинальном отделяемом основных продуктов метаболизма лактобацилл и облигатно анаэробных микроорганизмов: гарднерел-

лы молочной (*Lactic acid*) и янтарной (*Succinic acid*) кислоты. В норме соотношение янтарной и молочной кислот менее 0,4, а при бактериальном вагинозе – более 0,4.

Методом выбора для диагностики бактериального вагиноза в настоящее время считают микроскопию вагинального мазка, окрашенного по Граму. Чувствительность и специфичность метода близки к 100%.

При бактериоскопии мазков дополнительными признаками бактериального вагиноза, кроме «ключевых клеток», являются:

1. преобладание эпителиальных клеток над лейкоцитами;

2. обнаружение при увеличении с иммерсией менее 5 лактобацилл в поле зрения.

Культуральное исследование на *G.vaginalis* для диагностики бактериального вагиноза не рекомендуется, поскольку не является специфичным.

Успешное лечение бактериального вагиноза, как и любого заболевания, зависит от правильной и своевременной постановки диагноза и проведения патогенетически обоснованной терапии. Цель лечения бактериального вагиноза – задержать рост микроорганизмов, не свойственных этому микроценозу, не спровоцировав кандидоз влагалища и вульвы.

В связи с этим достойное место в лечении бактериального вагиноза в настоящий момент занимает Нео-Пенотран, в состав которого входит эффективный препарат для лечения бактериального вагиноза, – **метронидазол** (500 мг в 1 влагалищной свече), который относится к группе антибактериальных препаратов, содержащих имидазольное кольцо. Проникая внутрь микробной клетки, метронидазол превращается в активную форму, связывается с ДНК и блокирует синтез нуклеиновых кислот. Он широко применяется в различных схемах, причем описана эффективность препарата как

при разовых схемах в дозе 2 г, так и при 7-дневных курсах лечения по 500 мг внутрь 2 раза в день. Однако пероральное применение препарата нередко вызывает побочные реакции, такие как металлический вкус во рту, диспепсические расстройства, аллергические реакции, тем самым, ограничивая его использование. В результате многочисленных исследований установлено, что влагалищный путь лечения бактериального вагиноза не уступает по эффективности пероральной терапии.

Вторая составляющая Нео-Пенотрана – **миконазола нитрат** (100 мг в 1 влагалищной свече) позволяет избежать развития кандидозного вульвовагинита после терапии бактериального вагиноза.

Под нашим наблюдением находилось 142 пациентки с бактериальным вагинозом. Схема лечения всех 142 пациенток включала применение Нео-Пенотрана по 1 свече 2 раза в день в течение 7 дней. Нео-Пенотран хорошо переносился всеми больными, не вызывал побочных эффектов, был удобен в применении вследствие особого состава и формы свечей, предотвращающих вытекание. При контрольном исследовании данной группы пациенток после каждой последующей менструации на протяжении 3 менструальных циклов у 136, что составило 96,4% излечения бактериального вагиноза и профилактики кандидоза.

Таким образом, Нео-Пенотран позволяет оптимизировать традиционную антибактериальную терапию бактериального вагиноза, снижая риск провоцирования кандидозного вульвовагинита.

Кроме этого использование единой местной формы для лечения вагинитов смешанной инфекционной природы представляет весьма ценный вариант терапии, особенно в тех случаях, когда причина заболевания точно не установлена. 

Список литературы:

1. Акоюн Т.Э. Бактериальный вагиноз и беременность. Акушерство и гинекология. №6, 1996, 3-5.
2. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз. Гинекология. №2, 3, 2001, 52-4.
3. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. 1999-2000 гг. 22-4.
4. Краснополский В.И. Патология влагалища и шейки матки. М. 1997, 82-5.
5. Symonds J., Biswas A. Amoxicillin, Augmentin, and Metronidazole in bacterial vaginosis associated with gardnerella vaginalis. Genitourin Med, 62 (1), 1986, 136.

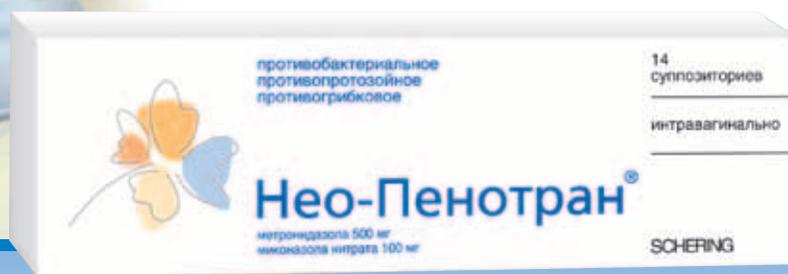
Нео-Пенотран®

Комбинированный препарат для эффективного лечения:

- бактериального вагиноза**
- кандидоза**
- влагалища**
- трихомонадного вагинита**



Три задачи – Одно решение!



Не имеет аналогов по комбинации и дозировке активных веществ!

Состав: метронидазол 500 мг, миконазола нитрат 100 мг. Влагалищные суппозитории

Показания к применению: Местное лечение вагинальных кандидозов, трихомонадного вульвовагинита, бактериального вагиноза, смешанной вагинальной инфекции.

Противопоказания: Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата, тяжелые нарушения функции печени (включая порфирию), заболевания периферической и центральной нервной системы, нарушения гемопоэза, 1-й триместр беременности, пациентки в возрасте до 14 лет, девственницы.

Применение препарата при беременности и кормлении грудью возможно только в тех случаях, когда предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода и ребенка. Во время лечения Нео-пенотраном® грудное вскармливание должно быть прекращено, так как метронидазол выделяется с молоком. Грудное вскармливание можно возобновить через 24-48 часов после окончания лечения.

Способ применения и дозы: 1 вагинальный суппозиторий на ночь и 1 вагинальный суппозиторий утром в течение 7 дней, если врачом не рекомендован иной способ применения. При рецидивирующих вагинитах или вагинитах, резистентных к другому лечению: 1 вагинальный суппозиторий на ночь и 1 вагинальный суппозиторий утром в течение 14 дней.

Побочное действие. Частота побочных эффектов низкая. Возможны: раздражение влагалища (жжение, зуд), боль или спазмы в животе, металлический привкус, сухость во рту, запор, диарея, потеря аппетита, тошнота, рвота, головная боль, двигательные нарушения (атаксия), головокружение, психоэмоциональные нарушения, периферическая невропатия (при длительном приеме препарата), судороги, лейкопения, кожные высыпания, в том числе, крапивница.

Особые указания: При одновременном использовании Нео-Пенотрана® и контрацептивной диафрагмы или презерватива, основа вагинального суппозитория может взаимодействовать с резиной. У пациенток с диагнозом трихомоноз необходимо одновременное лечение полового партнера.

Подробную информацию см. в инструкции по применению.

Jenapharm

Женарфам, подразделение Bayer Schering Pharma в России

Москва (495) 231 12 00

Ростов-на-Дону (863) 268 86 47

Екатеринбург (343) 355 31 76

Санкт-Петербург (812) 331 36 00

Казань (843) 267 61 27

Новосибирск (383) 222 18 27

Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10

Аптечный склад ЗАО «АО Шеринг» (495) 231 49 56

www.jenapharm.ru

02.08-0174-RU

В.Н. ТАРАСОВ,
Медицинский центр
«Гармония», Рязань

Эффективность применения суппозиториев Генферон в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции у женщин

Реабилитация репродуктивной функции – одна из важнейших проблем практической гинекологии. В процессе изучения этого вопроса накоплены сведения, которые позволяют считать нарушения репродуктивной функции женского организма совокупностью биологических, социальных и морально-этических проблем, решение которых в условиях современной демографической ситуации трудно переоценить (7).

Известно, что нарушения репродуктивной функции у женщин существуют в виде двух клинических форм: бесплодие и невынашивание беременности, которые фактически являются различными степенями тяжести расстройства репродуктивного здоровья, имеющими одинаковые причины (3).

Из всех известных причин, приводящих к утрате репродуктивной функции у женщин, наибольшее практическое значение имеют генитальные инфекции (ГИ), объединенные в группу заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП). Они приводят к нарушениям детородной функции как самостоятельно, так и опосредованно, формируя трубно-перитонеальные факторы

бесплодия (3, 5). Наиболее частыми возбудителями ГИ являются уреоплазмы, микоплазмы, хламидии, гарднереллы, вирусы простого герпеса и папилломы. При бесплодии и невынашивании беременности высока доля микстных форм генитальных инфекций (1, 4).

Эндокринные причины утраты репродуктивной функции у женщин фертильного возраста можно рассматривать в виде двух клинических форм, различающихся по степени тяжести. Наиболее тяжелым вариантом дисфункции репродуктивной системы является синдром хронической ановуляции (СХА). Менее тяжелым клиническим вариантом инфертильности считают лютеиновую недостаточность (ЛН), которая сопровождается как бесплодием, так и невынашиванием беременности в первом триместре гестации (5).

Нередко инфекционные и эндокринные причины нарушений репродуктивной функции у женщин носят сочетанный характер (6). При эндокринных причинах этих нарушений у женщин возникают реальные предпосылки для присоединения ГИ, которые дополнительно усугубляют состояние репродуктивного здоровья (8).

Современная терапия нарушений репродуктивной функции у женщин строится на принципах дифференцированного подхода с учетом выявленных причин. Процесс реабилитации репродуктивной функции можно разделить на несколько стадий. Первый этап лечения – устранение причины, вызвавшей нарушение репродуктивного здоровья (элиминация возбудителей ГИ из родового канала, восстановление овуляции или функции желтого тела). На втором этапе выполняется подготовка к планируемой беременности. Третий этап – проведение «рабочих» циклов, обеспечивающих зачатие и полноценную гестацию.

На первых двух этапах реабилитации репродуктивной функции традиционно применяют антимикробные препараты, индукторы овуляции, половые стероиды, антикоагулянты, витамины, что в конечном итоге, обеспечивает терапевтический эффект.

До настоящего времени не нашло своего обоснования применение препаратов для иммунокоррекции, в том числе и препаратов интерферона в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции у женщин. И если сведения о целесообразности применения стимуляторов как клеточного, так и гуморального иммунитета при лечении ЗППП представлены в доступной литературе, то информация по вопросам применения препаратов интерферона при подготовке к беременности немногочисленна и противоречива.

Для хронических ГИ характерно состояние дефицита интерферонов по всем известным типам. Выявленные закономерности делают теоретически обоснованным применение препаратов интерферона в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции, обусловленных ЗППП у женщин, как на этапе лечения ГИ, так и при подготовке к беременности.

Интерфероны (ИНФ), в зависимости от источника продукции, подразделяются на 1-ый тип – неиммунный (α -ИНФ и β -ИНФ) и 2-ой тип – иммунный (γ -ИНФ).

В основе полноценной функции репродуктивной системы лежит адекватное сочетание продукции и концентрации различных типов интерферонов в крови и межклеточной жидкости органов репродуктивной системы (2, 5).

Для хронических ГИ характерно состояние дефицита интерферонов по всем известным типам. Выявленные закономерности делают теоретически обоснованным применение препаратов интерферона в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции, обусловленных ЗППП у женщин, как на этапе лечения ГИ, так и при подготовке к беременности.

В настоящее время среди препаратов, обладающих интерфероновой активностью, хорошо зарекомендовал себя Генферон® («Биокад», Россия), который соответствует Международным стандартам качества (GMP). В состав суппозитория Генферон® входят активные вещества: интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2 в дозировке 250000 МЕ, 500000 МЕ и 1000000 МЕ; таурин – 0,01 г. и анемезин – 0,055 г. (4).

Мы поставили перед собой задачу выяснить целесообразность включения в протокол комплексной терапии репродуктивных нарушений у женщин препарата Генферон® на различных этапах реабилитации репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 82 женщины, которых разделили на две клинические группы.

Первую группу составили 40 пациенток, обратившихся за медицинской помощью по причине бесплодия (15 наблюдений) и невынашивания беременности (25 наблюдений). Средний возраст пациенток в группе составил $24,3 \pm 2,9$ года.

Во вторую клиническую группу были объединены 42 женщины, ко-

торые нуждались в реабилитации репродуктивной функции по поводу бесплодия (25 наблюдений) и невынашивания беременности (17 наблюдений). Средний возраст женщин 2-ой клинической группы был равен $25,1 \pm 1,3$ года.

С целью выявления причин нарушения детородной функции, женщин обеих клинических групп подвергли предварительному обследованию, которое включало в себя анализ анамнестических сведений о длительности заболевания, становлении специфических функций женского организма, предшествовавших беременностям и их исходах. Кроме традиционных методов (осмотр, антропометрия, бимануальное исследование, мазки на флору и атипичные клетки), применялась пельвиосонография, рентгеногистеросальпингография, диагностическая лапаро- и гистероскопия.

Выявление ЗППП проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в отделяемом из цервикального канала и посевах на отдельные виды микроорганизмов при наличии показаний.

Оценку менструального цикла выполняли, исследуя в одном менструальном цикле базальную температуру, а также путем определения показателей функции щитовидной железы (тиреотропный гормон гипофиза, свободный тироксин), уровня гипофизарных гонадотропинов (фоллитропин, лютеотропин, пролактин), половых стероидов в сыворотке крови радиоиммунным методом (эстрадиол, прогестерон, тестостерон). Помимо этого определялась морфологическая характеристика биоптатов эндометрия, полученных методом аспирационной биопсии, накануне предполагаемой менструации. При наличии показаний были выполнены лекарственные пробы с дексаметазоном и хориогионином, синактенон.

Лечение выявленных нарушений было выполнено в три этапа. На первом этапе проводили санацию родового канала при обнаружении ГИ, используя ком-

плексную терапию в течение 14-и дней. В протокол лечения были включены антимикробные препараты, стимуляторы клеточного иммунитета, антимикотические средства, дезагреганты, ферменты, витамины. Лечение проводили параллельно у женщин и их половых партнеров. Контроль после лечения осуществляли методом ПЦР.

На первых двух этапах реабилитации репродуктивной функции традиционно применяют антимикробные препараты, индукторы овуляции, половые стероиды, антикоагулянты, витамины, что в конечном итоге, обеспечивает терапевтический эффект.

Коррекция выявленных нарушений менструального цикла проводилась с помощью антиэстрогенов центрального действия, эстрогенов, гестагенов, глюкокортикоидов. При наличии показаний выполнялась лапароскопическая каутеризация яичников.

На втором этапе была осуществлена подготовка эндометрия препаратами для цикловой гормонотерапии в сочетании с витаминами и антикоагулянтами. Контроль за эффективностью подготовки проводился с помощью УЗИ-мониторинга в течение менструального цикла. В качестве критерия адекватного состояния эндометрия выступала достаточная ширина М-эха.

На третьем этапе лечения проводились «рабочие» циклы с коррекцией выявленных нарушений регуляции менструального цикла в сочетании с витаминами и энзимотерапией.

Отличительной особенностью между клиническими группами было включение в протокол терапии женщин первой клинической группы суппозитория Генферон® на первом и втором этапах лече-

Таблица 1. Причины нарушений репродуктивной функции в клинических группах

Причины нарушения репродуктивной функции	Клинические группы	
	Первая группа	Вторая группа
Бесплодие:	15	25
Эндокринные	2	5
Инфекционные	1	3
Сочетанные	12	17
Невынашивание беременности:	25	17
Эндокринные	7	2
Инфекционные	4	6
Сочетанные	14	9
Всего:	40	42
Эндокринные	9	7
Инфекционные	5	9
Сочетанные	26	26
	65,0%	61,9%

ния. Препарат назначали интравaginaльно по 500000 ЕД два раза в сутки, в течение 10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При обследовании женщин первой клинической группы было установлено, что среди причин утраты репродуктивной функции было бесплодие в 15 клинических наблюдениях (первичное бесплодие – 10, вторичное – 5). При этом СХА как причина бесплодия был зарегистрирован у 8 женщин, а ЛН у 7 пациенток. Среди причин эндокринного бесплодия был обнаружен аденогениальный синдром (5 наблюдений), болезнь поликистозных яичников (7 наблюдений), гиперпролактинемия (1 наблюдение), гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита (2 наблюдения). Сочетание нарушений регуляции менструального цикла и ГИ было обнаружено у 12 женщин. Таким образом, у большинства пациенток первой клинической группы с эндокринным бесплодием в цервикальном канале были обнаружены возбудители ЗППП. Для женщин с выявленными ГИ была характерна морфологическая характеристика метроаспираатов, в которых кроме дисгормональных нарушений (уменьшение количества, объема, кровенаполнения спиралевидных артерий; уплот-

нение стромы, отсутствие децидуоподобной трансформации; незавершенная секреторная перестройка желез), были обнаружены признаки хронического эндометрита (моноклеарная очаговая инфильтрация, склерозирование отдельных участков стромы, наличие «пестрой», перемежающейся картины в структуре соединительной ткани функционального слоя эндометрия).

У 25 женщин с невынашиванием беременности, обследованных в первой клинической группе (наличие в анамнезе от трех до пяти самопроизвольных выкидышей при беременности малого срока) эндокринные причины невынашивания беременности, обусловленные ЛН, были зарегистрированы в 21 наблюдении, а ГИ были выявлены у 18 пациенток. Сочетание нарушений регуляции менструального цикла и ГИ у женщин первой клинической группы, страдавших невынашиванием беременности, было обнаружено в 14 случаях из 25. Проведенными исследованиями было установлено, что в первой клинической группе сочетание эндокринных причин нарушения репродуктивной функции с ЗППП имело место у 26 женщин и составило 65,0% общей численности клинической группы. Причины нарушения репродуктивной функции

в клинических группах представлены в таблице 1.

Среди пациенток второй клинической группы (42 наблюдения), бесплодие как причина нарушения репродуктивной функции было обнаружено в 25 клинических наблюдениях. При этом СХА был зарегистрирован у 10 женщин, а ЛН была выявлена в 15 клинических наблюдениях. Первичным бесплодием страдали 17 женщин, вторичное бесплодие имело место у 8 пациенток. Причины эндокринного бесплодия у женщин второй клинической группы были аналогичными первой группе. Так, аденогениальный синдром обнаружили у 9 больных, болезнь поликистозных яичников у 11, синдром гиперпролактинемии у 2, гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита у 3 женщин.

Следует отметить, что только эндокринные причины бесплодия были обнаружены у 5 пациенток второй клинической группы, а в 17 наблюдениях нарушения регуляции менструального цикла при бесплодии сочетались с ГИ.

Невынашивание беременности у женщин второй клинической группы было зарегистрировано несколько реже, чем бесплодие и было обнаружено у 17 пациенток. Среди больных второй клинической группы исключительно эндокринные причины приводили к привычной потере беременности у двух женщин, только инфекционные причины спонтанного прерывания беременности наблюдались у 6 человек, а основную массу (9 наблюдений) составили женщины с сочетанием эндокринных причин и ГИ.

Таким образом, среди женщин второй клинической группы, наибольшая часть больных (26 человек, 61,9%) имели сочетание эндокринных и инфекционных причин нарушения репродуктивной функции.

Возбудители ЗППП, обнаруженные у женщин клинических групп при сочетании ГИ и эндокринных причин нарушения репродуктивной функции, представлены в таблице 2.





генферон[®]

*№1 в комплексной терапии
урогенитальных инфекций*

- Уникальный состав:
- **Интерферон альфа-2**
иммуномодулирующее,
противовирусное,
антибактериальное действие
 - **Таурин**
антиоксидантное,
репаративное действие
 - **Анестезин**
устранение боли,
зуда, чувства жжения



Дополнительную информацию о препарате
Вы можете получить по тел.:(495) 992 82 99

■ www.genferon.ru

 **Биокаг**
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Таблица 2. Возбудители ГИ, обнаруженные в цервикальном канале у женщин различных клинических групп, при сочетанных причинах нарушения репродуктивной функции

Возбудители ГИ	Клинические группы	
	Первая группа	Вторая группа
<i>Chlamidia trachomatis</i>	2	1
<i>Ureaplasma urealiticum</i>	1	2
<i>Mycoplasma genitalium</i>	1	1
<i>Gardnerella vaginalis</i>	3	3
<i>Herpes simplex virus I+II</i>	1	2
<i>Cytomegalovirus</i>	1	2
Микстные инфекции	17	15

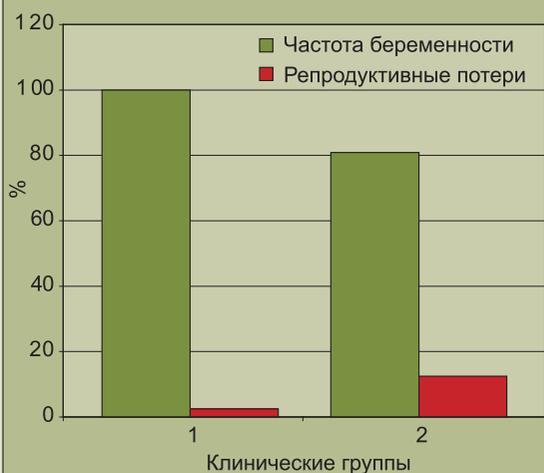
нормативных показателей М-эха требовалось от четырех до восьми менструальных циклов.

Среди пациенток первой клинической группы беременность наступила во всех случаях, а репродуктивные потери составили 2,5%. Во 2-ой клинической группе беременность удалось получить у 80,9% женщин, а репродуктивные потери при этом составили 12,5%. Полученные результаты иллюстрирует рисунок 1.

ВЫВОДЫ

- Суппозитории Генферон® эффективно дополняют терапию реабилитации репродуктивной функции у женщин с сочетанием эндокринных и инфекционных причин infertility.
- Интравагинальное применение препарата Генферон® на первом этапе реабилитации репродуктивной функции у женщин с сочетанными причинами нарушения репродуктивного здоровья ускоряет элиминацию возбудителей ЗППП из родового канала.
- Дополнение протокола подготовки к беременности препаратом Генферон® у женщин с сочетанными причинами нарушения репродуктивной функции сокращает продолжительность подготовительной терапии.
- Назначение препарата Генферон® в комплексе реабилитационных мероприятий при нарушениях репродуктивной функции, обусловленных сочетанием эндокринных и инфекционных факторов, приводит к эффективному восстановлению репродуктивного здоровья и сокращению репродуктивных потерь при устранении infertility. 

Рисунок 1. Частота беременности и репродуктивные потери у женщин различных клинических групп



Согласно результатам проведенного исследования, в большинстве случаев (17 из 26 и 15 из 26) ГИ носили сочетанный, микстный характер. При этом количество одновременно идентифицированных возбудителей ЗППП варьировало от двух до пяти. Выявление моноинфекций было отмечено в единичных случаях.

Таким образом, на этапе предварительного обследования в обеих клинических группах были получены одинаковые результаты по частоте причин нарушения репродуктивной функции, основную массу которых составили сочетания эндокринных нарушений регуляции менструального цикла и ГИ (65,0% и 61,9% для первой и второй клинических групп соответственно). Среди возбудителей ЗППП преобладали микстные варианты.

После проведения поэтапной терапии, согласно протоколу реабилитации репродуктивной функции в клинических группах было установлено, что элиминацию возбудителей ЗППП в первой клинической группе удалось получить после первого курса проведенной терапии. Во второй клинической группе у 9,5% пациенток, прошедших курс лечения ГИ, в контроле вновь были обнаружены возбудители ЗППП, что потребовало проведения дополнительного лечения.

На втором этапе реабилитационных мероприятий у пациенток первой группы подготовка эндометрия занимала не более трех менструальных циклов, в то время как во второй группе для достижения

Список литературы:

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. Медицинская книга, Н.Новгород. Издательство НГМА, 2002 – с. 416.
2. Каграманова Ж.А., Сускова В.С., Емец В.И. Состояние иммунной и интерфероновой систем у больных воспалительными заболеваниями придатков матки // Цитокины и воспаление. 2002.-Т.1, №2.-с. 148-149.
3. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Руководство для врачей. М. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2005 – с. 9.
4. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А. Современный метод лечения генитальных инфекций. // Информационный журнал по акушерству и гинекологии. 2006, №1.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М. Триада-Х, 2000. – с. 304.
6. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть 1. Киев. 2003. – с.299.
7. Чен П.Т.К., Гоулдстейн М., Роузенвэкс З. Секреты репродуктивной медицины. Перевод с английского. М., МЕДпресс-информ, 2006. – с. 172-173.
8. NgS. C., Gilman-Sachs A., Thaker P. Et al. Expression of intracellular Th1 and Th2 cytokines in women with recurrent spontaneous abortion, implantation failures after IVF/ET or normal pregnancy// Am. J. Reprod. Immunol.-2002. – Vol.48, №2,-P.77-86.

Менструальная кровь – источник взрослых стволовых клеток

Исследователи из двух независимых лабораторий утверждают, что менструальная кровь может быть источником взрослых стволовых клеток. Каждый месяц после разрушения эндометрия он вновь восстанавливается, что требует активации миллионов недифференцированных клеток, которые можно назвать «стволовыми клетками эндометрия». Эти клетки в течение всего семи суток полностью восстанавливают внутреннюю выстилку матки. К настоящему времени уже было известно, что эндометрий содержит популяцию недифференцированных клеток, но процесс их получения столь же травматичен, как и получение стволовых клеток из костного мозга. Однако теперь две независимые группы исследователей обнаружили стволовые клетки эндометрия в менструальной крови. Обе группы утверждают, что полученные клетки обладают всеми характеристиками стволовых: их популяция является самоподдерживающейся, т.е. они способны долгое время пролиферировать, не дифференцируясь в другие типы клеток; а также в определенных условиях они дают начало многим типам клеток взрослого организма. Стволовые клетки эндометрия несут на поверхности своей клеточной мембраны молекулярные маркеры, характерные для других стволовых клеток.

Сяолонг Менг из Bio-Communications Research Institute (Канзас, США) и его коллеги провели исследования клеток, выделенных из менструальной крови двух здоровых женщин. Полученные клетки пролиферировали быстрее, чем мезенхимные стволовые клетки, получаемые из пуповинной крови. Их популяция удваивалась каждые 19,4 часа. Они также обладали классическим для взрослых стволовых клеток набором маркерных молекул наряду с некоторыми маркерами, характерными для эмбриональных стволовых клеток (ЭСК), включая белок Oct-4, один из главных маркеров ЭСК. Клетки характеризовались способностью дифференцироваться в девять различных клеточных типов, в том числе в клетки жировой, мышечной, костной и нервной ткани.

Джулия Алликсон из Cryo-Cell International (Флорида, США), крупнейшего в мире банка пуповинной крови, также обнаружила присутствующие в менструальной крови стволовые клетки, однако ее работа на данный момент еще не опубликована. Как и Менг, она указывает, что эти клетки обладают высоким пролиферативным потенциалом, экспрессируют молекулярные маркеры стволовых клеток и дифференцируются в по крайней мере пять типов клеток взрослого организма.

Более того, Cryo-Cell запатентовали методику сбора, обработки и криоконсервации ство-

ловых клеток эндометрия, названную «C'Elle», которая позволяет женщинам сохранять стволовые клетки собственной менструальной крови. Несмотря на то, что в настоящее время такие клетки могут быть использованы только донором, исследователи предполагают, что они могут быть также применены в терапии других лиц. «Данные клетки обладают характеристиками, которые в перспективе могут позволить использовать их в терапии родственников донора», – утверждает Алликсон.

Каролина Гарджетт из Monash University (Виктория, Австралия), которая впервые выделила стволовые клетки эндометрия, удивлена новыми открытиями в этой области. «Я никогда не предполагала, что организм может быть столь неэкономным в отношении собственных стволовых клеток, – говорит Гарджетт, – однако оба исследования весьма интересны и неожиданны».

Cryo-Cell в настоящее время проводят совместные исследования с другими лабораториями для определения терапевтического потенциала стволовых клеток эндометрия при таких заболеваниях, как сердечная недостаточность, диабет, а также при повреждениях спинного мозга.

Источник: *New Scientist*

Экстракорпоральное оплодотворение и рак груди

Пары, желающие во что бы то ни стало обзавестись собственным ребенком, могут заплатить гораздо более высокую цену, чем предполагают. Множество семей, по тем или иным причинам, лишенные возможности зачать ребенка естественным путем, обращаются к услугам современной медицины, которая позволяет зачать ребенка «из пробирки». Искусственное оплодотворение – отрасль чрезвычайно развитая в Израиле. Однако не все так просто. Последние исследования, проведенные израильскими медиками, показали, что искусственное оплодотворение значительно увеличивает риск заболевания раком груди. В Израиле ежегодно десятки тысяч женщин проходят процедуры, необходимые для «зачатия из пробирки». Исследования показали, что риск заболевания раком груди, в этом случае, возрастает на 40%. Кроме того, было установлено, что рак груди у женщин, проходивших процедуры, необходимые для проведения искусствен-

ного оплодотворения, значительно моложе, по сравнению с возрастом женщин, не подвергавшихся этим процедурам. Причиной проведения подобных исследований послужил тот факт, что медикам и раньше было известно о том, что гормональные изменения увеличивают риск заболевания раком груди. Женщинам, проходящим курс лечения от бесплодия, вводят большие дозы женского гормона эстрогена, с целью снизить вероятность выкидыша, после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). И этот же гормон, судя по всему, ведет к скоплению и размножению раковых клеток. В последние годы подобные исследования проводились неоднократно, однако их результаты были несколько противоречивы. Одни утверждали, что связи между ЭКО и раком груди не существует, другие уверяли, что эти факты связаны между собой лишь частично. На этот раз, наблюдение велось за более чем 10000 женщин, и результаты оказались оше-

ломляющими. Исследования, проведенные больницей Асаф ха-Рофэ, показали, риск возрастает на 40%.

Медики учитывали и возраст женщин, проходивших курс лечения, и количество курсов гормонов, которое они прошли (так как для того чтобы забеременеть, далеко не всегда достаточно одного курса лечения). Согласно исследованию – средний возраст женщин, проходивших курс лечения, 32 года, а среднее число курсов, приходящихся на одну женщину – 3,15. Средний возраст женщин, у которых впоследствии развился рак груди – 44 года.

Второе исследование показало, что чем старше женщина, проходящая курс лечения от бесплодия, тем выше риск заболевания. Женщины в возрасте от 30 до 40 лет имеют гораздо больше шансов стать жертвой рака груди, чем более молодые.

Однако, даже несмотря на пугающую статистику, женщины говорят, что готовы пойти на риск, ради счастья иметь собственных детей.

Источник: *MIGnews.com*

Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА

В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ,
Н.М. НАЗАРОВА,
Научный центр
акушерства, гинекологии
и перинатологии
Росмедтехнологий

Ежегодно в мире 500000 женщин умирает от осложнений, связанных с незапланируемой беременностью, производится более 45 млн. аборт, отмечается рост числа гинекологических заболеваний, увеличивается число инфекций, передающихся половым путем (ИППП), что определяет необходимость проведения последовательной политики, направленной на сохранение репродуктивного здоровья женщины. Одним из главных направлений этой политики является профилактика нежелательной беременности путем использования высокоэффективных современных методов контрацепции.

К современным контрацептивным средствам предъявляются определенные требования: высокая эффективность (низкий индекс Перля), приемлемость, удобство применения, возможность регуляции менструального цикла и наличие неконтрацептивных – лечебных свойств.

В этой связи по-прежнему продолжается поиск и разработка

новых методов контрацепции, что, несомненно, будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья женщин.

В последние годы синтезирован целый арсенал низкодозированных и микродозированных оральных контрацептивов с новыми высокоселективными прогестагенами, что позволило практически исключить осложнения и значительно снизить риск побочных реакций. Однако это не устранило ряд недостатков, присущих всем пероральным препаратам: необходимость ежедневного приема, что требует высокой мотивации поведения, колебание уровня гормонов на протяжении суток, метаболизм в желудочно-кишечном тракте, эффект первичного прохождения через печень и др. Это явилось предпосылкой к созданию непероральных, пролонгированных методов гормональной контрацепции, которые были бы лишены перечисленных недостатков, что безусловно расширяет возможности контрацепции и повышает ее приемлемость в от-

ношении дифференцированного, индивидуального выбора в каждом конкретном случае.

Следует отметить, что многие исследователи в области планирования семьи полагают, что в XXI веке наиболее популярными методами контрацепции будут гормональные рилизинг-системы (подкожные, внутриматочные, влагалищные, накожные и др.).

Преимуществами гормональных рилизинг-систем являются:

- длительная не ежедневная контрацепция;
- выделение гормонов по биологическому градиенту и, следовательно, отсутствие колебаний уровня гормонов на протяжении суток;
- отсутствие необходимости ежедневного самоконтроля за использованием;
- непероральный путь введения;
- отсутствие эффекта первичного прохождения через желудочно-кишечный тракт и печень;
- быстрое восстановление фертильности после отмены.

Рилизинг-системы обладают такими же лечебными свойствами, как другие виды гормональной контрацепции: регулируют менструальный цикл, используются для лечения симптомов предменструального синдрома, дисменореи, эндометриоза, для профилактики гиперпластических процессов эндометрия и т.д. По данным ВОЗ (2002), гормональные контрацептивы снижают риск развития рака яичников на 80%, эндометрия – на 50%, хорионкарци-

Абсолютные противопоказания к применению накожной контрацепции такие же, как и для гормональной контрацепции в целом: венозные тромбозы в активной стадии, злокачественные заболевания, опухоли яичников, тяжелые заболевания печени, влагалищные кровотечения неясной этиологии, беременность или подозрение на нее, гиперчувствительность к компонентам, входящими в состав пластыря.

номы – на 100%, колоректального рака – 50%.

Одной из последних разработок в области контрацептивных средств является создание трансдермальной контрацептивной системы в виде наклеиваемого пластыря ЕВРА.

Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА представляет собой тонкий пластырь, площадь контакта которого с кожей равна 20 см². Каждый пластырь содержит 600 мкг этинилэстрадиола (ЕЕ) и 6 мг норэргестромина (НГ). В течение 24 часов система выделяет в кровь 150 мкг НГ и 20 мкг ЕЕ, что обеспечивает контрацептивный эффект. По суточному выделению гормонов ЕВРА соответствует микродозированному оральному контрацептиву. Концентрация в сыворотке крови норэргестромина и этинилэстрадиола, которые выделяются из трансдермального пластыря, остаются в соответствующих пределах в течение 7 дней использования независимо от места его расположения (живот, ягодицы, рука, торс). Норэргестромин – это высокоселективный гестаген последнего поколения, является биологически активным метаболитом норгестимата. Доказано, что норэргестромин обладает высокой гестагенной активностью, эффективно подавляет овуляцию, повышает вязкость шеечной слизи (Abrams L.S. et al., 2002).

Трансдермальная контрацептивная система обеспечивает постоянную и равномерную доставку гормонов в течение недели. В течение же месяца используется три контрацептивных пластыря. Каждый пластырь используется одну неделю (7 дней), а затем в тот же день следующей недели заменяется другим. В дальнейшем следует сделать 7-дневный перерыв, во время которого наступает менструальноподобная реакция.

Пластырь хорошо прилипает к коже и сохраняет свою эффективность при плавании, различных водных процедурах, выполнении

физических упражнений, а также в условиях повышенной влажности (купание, сауна и т.д.).

Структура наклеиваемого пластыря представлена четырьмя слоями:

- содержащий активные ингредиенты: ЕЕ и норэргестромин;
- защитный слой, формирующий внешнюю поверхность пластыря и защищающий ингредиенты от повреждения;
- проницаемая мембрана, контролирующая высвобождение ЕЕ и норэргестромина через кожу;
- прилипающая внутренняя поверхность, с помощью которой пластырь удерживается на коже.

Когда пластырь наклеивается на кожу, активные ингредиенты начинают диффундировать непосредственно через кожу в кровоток со скоростью, регулируемой мембраной. Это важный фактор, который помогает избежать или снизить ряд неблагоприятных эффектов, возникающих при других способах применения контрацепции. Накожная система обеспечивает устойчивое, продолжительное высвобождение активных веществ и служит реальной альтернативой для женщин, для которых сложно ежедневно помнить о приеме таблеток.

Большим преимуществом пластыря является то, что заболевания ЖКТ (рвота, диарея) не препятствуют введению препарата и не влияют на его эффективность.

Механизм контрацептивного действия ЕВРА обусловлен подавлением овуляции и повышением вязкости шеечной слизи. Установлено, что ЕВРА подавляет овуляцию так же эффективно, как и комбинированные оральные контрацептивы.

О высокой приемлемости трансдермальной системы ЕВРА свидетельствует целый ряд последних исследований.

В частности, результаты клинических исследований, проведенных с 2000 по 2004 гг. подтвердили не только высокую контрацептивную эффективность и приемлемость

ЕВРА, но и хороший контроль цикла в процессе контрацепции, отсутствие отрицательного влияния на показатели АД, массу тела, гемостаз.

Трансдермальная контрацептивная система ЕВРА представляет собой тонкий пластырь, площадь контакта которого с кожей равна 20 см². Каждый пластырь содержит 600 мкг этинилэстрадиола (ЕЕ) и 6 мг норэргестромина (НГ). В течение 24 часов система выделяет в кровь 150 мкг НГ и 20 мкг ЕЕ, что обеспечивает контрацептивный эффект. По суточному выделению гормонов ЕВРА соответствует микродозированному оральному контрацептиву.

Хорошие фармакокинетические свойства трансдермального пластыря позволяют поддерживать эффективный уровень гормонов в различных условиях жизни женщины. Частота неэффективности метода составляет от 0,4 до 0,6%, что является очень низким показателем (Zieman M. et al., 2002).

Адгезивные свойства трансдермального пластыря изучены в трех клинических исследованиях: 3319 женщин использовали его на протяжении 13 месяцев. Частота преждевременной замены пластыря составила 4,7%: по причине полного отторжения – 1,8%, частично – 2,9%. Заменить 1,7% пластырей пришлось в связи с отклеиванием из-за воздействия повышенной температуры окружающей среды и 2,6% – из-за повышенной влажности. Только один из 87 пластырей при воздействии интенсивных физических нагрузок полностью отторгся. Таким образом, исследования выявили хорошие адгезивные свойства контрацептивных трансдермальных пластырей.

Клинические исследования, проведенные в США (1785 женщин в 76 центрах), показали, что возраст женщины не влияет на приемлемость трансдермальных пластырей. Все пациентки, которые использовали пластыри, применяли

их правильно. По данным некоторых исследователей, приемлемость трансдермальных пластырей по сравнению с ОК значительно выше, т.к. частота правильного использования ОК зависела от целого ряда факторов, в частности от возраста пациентки (Archer D.F. et al., 2002).

Побочные эффекты, типичные для гормональной контрацепции, при использовании ЕВРА в большинстве случаев выражены в легкой и умеренной степени, носили транзиторный характер и не ограничивали возможность использования пластыря в последующем (Smallwood G et al., 2001). Только 6% женщин отказались от дальнейшего использования ЕВРА по причинам побочных реакций.

При отклеивании пластыря рекомендуется его заново приклеить, в случае неудачи – использовать новый пластырь. Важно знать, что при полном отклеивании пластыря сохраняется в полной мере защита от беременности в течение 48 часов без использования каких-либо методов контрацепции. При раздражении кожи рекомендуется снять пластырь и приклеить новый на другое место. Женщинам же с массой тела 90 кг и более следует рекомендовать другие методы контрацепции, т.к. наличие большого жирового слоя препятствует диффузии компонентов и способствуют отторжению пластыря.

90% женщин, принимавших участие в многоцентровых исследованиях, оценили трансдермальную контрацептивную систему ЕВРА как «очень удобное» средство по сравнению с методом, исполь-

зующимся ранее», 86% – остались «удовлетворенными в высокой степени» (Zieman M. et al., 2002).

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий был участником Многоцентрового Европейского исследования по изучению эффективности и приемлемости трансдермальной наочной системы ЕВРА у женщин репродуктивного возраста. Анализ результатов наблюдения за 325 женщинами, которые использовали трансдермальную систему ЕВРА, позволил выявить ее высокую контрацептивную эффективность (индекс Перля – 0,76). Ни у одной пациентки беременность не наступила. Было проанализировано 1700 циклов использования наочного пластыря. Частота побочных реакций была невысока: у 6% пациенток наблюдалась мастодиния, у 2% – головная боль, у 2% – межменструальные кровянистые выделения, у 2% – аллергические реакции в виде кожной сыпи, у 1% – прибавка массы тела (+3 кг). Побочные реакции носили кратковременный характер, не потребовали лечения и отмены метода.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о высокой контрацептивной эффективности и приемлемости трансдермальной системы у женщин репродуктивного возраста.

Обобщая данные литературы, можно говорить о том, что наиболее важным для женщин при применении наочного пластыря ЕВРА являются:

- низкая частота побочных реакций;

- снижение вероятности пропуска или ошибки в приеме препарата;
- удобство при использовании.

Абсолютные противопоказания к применению наочной контрацепции такие же, как и для гормональной контрацепции в целом: венозные тромбозы в активной стадии, злокачественные заболевания, опухоли яичников, тяжелые заболевания печени, влагалищные кровотечения неясной этиологии, беременность или подозрение на нее, гиперчувствительность к компонентам, входящим в состав пластыря.

Женщины, использующие наочный пластырь ЕВРА, согласно рекомендациям ВОЗ, должны посещать гинеколога ежегодно, или в том случае, если у нее возникают какие-либо жалобы или побочные эффекты.

Рекомендуемые методы наблюдения при контрацепции с применением ЕВРА: ежегодное гинекологическое обследование (кольпоскопия, PAP-test), клиническое исследование молочных желез, регулярное измерение артериального давления, массы тела, анализ крови. Расширение спектра обследования определяется врачом применительно к конкретной пациентке.

Следует отметить, что использование пластырей не защищает от инфекций, передающихся половым путем, поэтому при повышенном риске заражения, необходимо дополнительно использовать барьерные методы контрацепции, преимущественно презервативы.

Таким образом, контрацептивная рилизинг-система представляет собой качественно новый метод контрацепции, сочетающий высокую контрацептивную эффективность, длительность и удобство применения, приемлемость, лечебные свойства, – т.е. это метод, который соответствует образу жизни современной женщины и открывает новые пути и новые возможности для индивидуальной, дифференцированной контрацепции. 

Трансдермальная контрацептивная система обеспечивает постоянную и равномерную доставку гормонов в течение недели. В течение же месяца используется три контрацептивных пластыря. Каждый пластырь используется одну неделю (7 дней), а затем в тот же день следующей недели заменяется другим. В дальнейшем следует сделать 7-дневный перерыв, во время которого наступает менструальноподобная реакция.



Организаторы

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи
ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий
Российское общество акушеров-гинекологов
Российская ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии
Европейское Общество гинекологов-онкологов (ESGO)
Европейская ассоциация по цервикальному раку (ECCA),
Европейская Федерация по кольпоскопии (EFC)

Международная научно-практическая конференция

Профилактика рака

шейки матки:

Взгляд в будущее

31 марта - 2 апреля 2008 г.



Москва

Российская академия государственной
службы при Президенте РФ

Параллельно конференции будет проходить специализированная тематическая выставка медицинской продукции, к которой приглашаются все компании-производители и дилеры широкого спектра оборудования, техники, лекарственных препаратов, применяемых для диагностики, лечения и профилактики рака шейки матки.

Тел.: (495) 938-9211
Факс: (495) 938-2458

e-mail: expo@mediexpo.ru
<http://www.mediexpo.ru>

МЕДИ Экспо



Контрацепция после аборта

В.В. ЯГЛОВ,
Научный центр
акушерства, гинекологии
и перинатологии
Росмедтехнологий

Проблема аборт, несмотря на установившуюся тенденцию к их снижению, не становится менее актуальной. Аборты по-прежнему доминируют в структуре материнской смертности (не менее 23%), оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, приводят к воспалительным заболеваниям половых органов, бесплодию и отрицательно влияют на течение последующих беременностей и родов, способствуя увеличению частоты невынашивания, развитию материнской и младенческой патологии (1).

Установлено, что при наличии четкой установки на завершение первой беременности родами, повторное деторождение имеет место только у 35,9% женщин, в то время как 57,9% последующих беременностей заканчиваются индуцированным абортом. При этом в большинстве случаев (55,2%) решение о прерывании беременности принимает сама женщина и только в 37,2% она советуется с мужем (2).

Ведение пациентки после аборта невозможно без проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию нарушений, вызванных произведенным вмешательством. Такой подход способствует профилактике и снижению вероятности развития ближайших и отдаленных осложнений после аборта.

В этой связи становится очевидным приоритет профилактической консультативной работы. Подготавливаются квалифицированные специалисты по планированию семьи, позитивно меняется отношение населения к контрацепции. Важно подчеркнуть, что с помощью контрацепции могут не только решаться задачи, связанные с уменьшением числа аборт, но и выполняться программы по сохранению репродуктивного здоровья женщины – за счет предотвращения целого ряда гинекологических заболеваний, связанных с прерыванием беременности. Консультирование является важнейшей частью практической деятельности акушера-гинеколога. Задача консультирования по планированию семьи состоит в том, чтобы предоставить пациентке возможность осознано и свободно принимать собственное решение относительно деторождения или контрацепции. Консультирование помогает женщинам сделать выбор, своевременно и правильно использовать избранный метод.

Они также получают возможность продолжительного последующего наблюдения компетентным квалифицированным специалистом (3).

В случае наступления нежеланной беременности особое значение приобретает консультирование в период подготовки к искусственному прерыванию беременности. Хотя большинство женщин предпочитает избежать беременности в ближайшие месяцы после аборта, некоторые из них затрудняются в своевременном и правильном выборе метода контрацепции. Кроме того, с целью динамического мониторинга необходимо также проведение консультирования в течение первых 2-х недель после аборта, с дальнейшим наблюдением через 3, 6 и 12 месяцев (4).

Такое внимание к женщине после проведения индуцированного аборта предопределяется несколькими обстоятельствами. Во-первых, общепризнано, что любой аборт является для женщины серьезнейшим стрессом и без соответствующих своевременных реабилитационных мероприятий он приводит к нарушению психологической и гормональной адаптации. Во-вторых, существует большая вероятность овуляции в течение ближайших 2-4-х, а у 75% женщин – в течение 6 недель после аборта (5). Наступившая в этот период повторная и прерванная затем беременность окажет еще более негативное влияние на состояние женщины, существенно ухудшая не только репродуктив-

ное, но и соматическое здоровье.

Ведение пациентки после аборта невозможно без проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию нарушений, вызванных произведенным вмешательством. Такой подход способствует профилактике и снижению вероятности развития ближайших и отдаленных осложнений после аборта. С этой целью уместно применение витаминов, антиоксидантов, адаптогенов, по показаниям – физиотерапии и антибиотиков.

При стрессе, каковым является аборт для организма женщины, всегда страдает репродуктивная система. Клетки паравентрикулярных ядер гипоталамуса переходят в состояние возбуждения, в гипофизе усиливается синтез гонадотропинов, нарушается соотношение фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. Наряду с изменениями эндокринной функции яичников происходит активация симпатико-адреналовой системы, значительно повышается уровень катехоламинов. Отмечается дефицит эстрогенов, что обуславливает торможение процессов пролиферации эндометрия и неблагоприятно влияет в дальнейшем на его прегравидарную трансформацию. Искусственное прерывание беременности всегда сопровождается травмой эндометрия, что может изменить свойства рецепторов половых стероидов и, тем самым, привести к нарушению специфического периферического ответа на гонадотропные гормоны со стороны матки. Происходят и изменения в молочных железах, их структура изменяется за счет значительно развития железистых элементов и увеличения объема (6).

Восстановление гипофизарно-яичниковых взаимоотношений происходит у подавляющего большинства женщин в течение первых 3-х менструальных циклов. Однако у многих женщин, без соответствующей терапии, нарушения в

системе гипофиз-надпочечники-яичники сохраняются на протяжении более длительного времени, приобретая стойкий характер. При отсутствии или несвоевременном проведении реабилитационных мероприятий эти функциональные изменения неизбежно переходят в органические изменения. Как вариант предболезни может рассматриваться гипертекоз яичника, вследствие его стимуляции ЛГ. При отсутствии коррекции данного состояния в дальнейшем реализуются различные варианты патологии (7):

- недостаточность лютеиновой фазы;
- вторичные поликистозные яичники;
- гиперплазия эндометрия;
- миома матки;
- эндометриоз;
- текоматоз яичников;
- пролактинома;
- синдром Иценко-Кушинга.

Именно поэтому, учитывая различные пути патогенеза осложнений и последствий аборта, в комплекс реабилитационных мероприятий необходимо включать комбинированные эстрогенгестаген содержащие контрацептивы, угнетающие по принципу «обратной связи» выброс гонадотропинов и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме женщины искусственный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона без патологических пиков.

Помимо профилактики нейроэндокринных нарушений использование гормональной контрацепции значительно уменьшает риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов за счет следующих основных механизмов:

- сгущение цервикальной слизи, что препятствует восходящему пути распространения потенциальных патогенных возбудителей в полость матки и снижению риска развития острых инфекционных заболеваний органов малого таза;

- профилактика ациклических и снижение объема циклических кровянистых выделений;
- улучшение трофических процессов в эндо- и миометрии;

Согласно рекомендациям ВОЗ, при отсутствии тяжелых осложнений или специальных противопоказаний и исходя из клинической ситуации у каждой конкретной женщины, начинать использование контрацептивных методов можно сразу после аборта. Первая таблетка принимается в день проведения операции. Контрацептивный эффект наступает сразу и никаких дополнительных средств не требуется.

- уменьшение, за счет антипростагландинового действия стероидов, интенсивности маточных сокращений, что также приводит к снижению риска распространения воспалительного процесса из полости матки в фаллопиевы трубы.

Таким образом, использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) отвечает всем требованиям, предъявляемым к контрацепции после аборта. Прежде всего, это высокая эффективность и наличие целого ряда сопутствующих положительных эффектов, что позволяет рассматривать эти средства как важнейшее условие успешной реабилитации женщины. Применение этого метода не связано с половым актом, что является дополнительным важным преимуществом. Наконец, гормональные контрацептивы можно использовать и в качестве временного метода в течение нескольких месяцев перед введением внутриматочного средства (ВМС), снижая тем самым вероятность экспульсии и болевых ощущений после введения.

В настоящее время на российском рынке имеется широкий выбор доступных современных низко- и микродозированных монофазных КОК: Регулон, Новинет,



Линдинет, Легест, Фемоден, Мерсилон и др. Эффективность таких препаратов при правильном использовании близка к 100% (8).

Согласно рекомендациям ВОЗ, при отсутствии тяжелых осложнений или специальных противопоказаний и исходя из клинической ситуации у каждой конкретной женщины, начинать использование контрацептивных методов можно сразу после аборта (9). Первая таблетка принимается в день проведения операции. Контрацептивный эффект наступает сразу и никаких дополнительных средств не требуется. В других ситуациях, связанных с отсрочкой использования оральных контрацептивов, можно рекомендовать

барьерные методы (презерватив, спермициды) и отложить начало приема первой таблетки вплоть до менструации, однако при этом теряется терапевтический эффект гормональных препаратов. Продолжительность гормональной контрацепции не должна быть меньше 3-х месяцев.

Необходимо информировать женщину о возможных побочных эффектах, которые, как правило, исчезают самостоятельно без лечения к 3-4-му циклу приема. Некоторым женщинам применение препаратов, содержащих эстрогенный компонент, нежелательно или даже противопоказано. Это может быть связано с непереносимостью (диспепси-

ческие расстройства, аллергические реакции), курением (> 15 сигарет в день), сопутствующими соматическими заболеваниями: сердечно-сосудистыми (сопровождаящимися высоким уровнем артериального давления – выше 160/100 мм рт. ст., гиперкоагуляцией, тромботическими осложнениями, ишемической болезнью сердца, поражением клапанного аппарата сердца), тяжелой формой сахарного диабета, наличием эстрогензависимых опухолей и др. Этой группе женщин могут быть предложены гестагенные таблетированные препараты (Экслютон, Микролют, Чарозетта). Принимать их необходимо в одно и то же время суток, без перерывов; первая таблетка также принимается в день производства аборта. При консультировании необходимо информировать пациентку о вероятности ациклических кровянистых выделений в течение первых нескольких циклов.

В ряде случаев после искусственного аборта встает вопрос о продолжительной гормональной контрацепции без использования таблеток. В РФ к таким методам относится инъекционный препарат Депо-Провера. Инъекцию Депо-Провера можно сделать перед выпиской из стационара или в течение первых 7 дней после аборта. В дальнейшем эти инъекции необходимо повторять регулярно: 150 мг 1 раз в 3 месяца (90 дней). Преимуществом метода является его конфиденциальность, высокая эффективность, протективное действие при гиперпластических процессах эндометрия. К недостаткам инъекционной контрацепции относятся нарушения менструального цикла (ациклические кровянистые выделения, аменорея) прибавка в весе, отсроченное восстановление фертильности. Предварительная консультация врача, объяснение природы побочных эффектов и их обратимость помогают женщине преодолеть возможные трудности и продолжить использование инъекционной контрацепции (8).



Восстановление гипофизарно-яичниковых взаимоотношений происходит у подавляющего большинства женщин в течение первых 3-х менструальных циклов. Однако у многих женщин, без соответствующей терапии, нарушения в системе гипофиз-надпочечники-яичники сохраняются на протяжении более длительного времени, приобретая стойкий характер.

Возможно использование внутриматочных средств (ВМС) после аборта. Однако, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, к состояниям, при которых требуется строго ограничить или вообще отказаться от использования ВМС, относятся повышенный риск ИППП (наличие нескольких половых партнеров); высокий риск ВИЧ, ВИЧ-носительство, СПИД; воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в настоящее время или в течение последних 3 месяцев; туберкулез половых органов; трофобластическая болезнь; рак яичников; состояние после септического аборта; деформация полости матки; кровотечение из влагалища неясной этиологии. Для левоноргестрелсодержащих ВМС (Мирена) к противопоказаниям также относятся наличие тромбоза глубоких вен или тромбоемболии; ишемическая болезнь сердца (ИБС); головные боли с очаговыми неврологическими симптомами; вирусный гепатит (активная форма); декомпенсированный цирроз печени; доброкачественная (аденома) или злокачественная (гепатома) опухоли печени.

Интерес к использованию барьерных методов контрацепции (мужских и женских презервативов, цервикальных колпачков, губок, влагалищных диафрагм в сочетании со спермицидами) в значительной степени обуславливается их способностью обеспечивать защиту от инфекций, передающихся половым путем. Эти методы контрацепции оказывают двойную защиту – от непланируемой беременности и от осложнений инфекционного характера.

После аборта можно использовать презервативы сразу после возобновления половой жизни. Применение диафрагмы или колпачков следует отложить до восстановления размеров матки. Возможно использование и спермицидов. В частности, контрацептивным и в некоторой степени антисептическим действием обладает препарат Фарматекс, содержащий (бензалкония хлорид), применяемый в виде различных лекарственных форм: свечей, таблеток, капсул, крема, тампонов, которые вводятся во влагалище непосредственно перед половым актом. Бензалкония хлорид повреждает сперматозоиды, делая невозможным процесс оплодотворения. Преимуществом Фарматекса, как и других барьерных методов, являются также отсутствие системного воздействия на организм женщины и доступность. Недостатком барьерных методов контрацепции может быть необходимость в мотивации их использования.

Что касается естественных методов контрацепции (календарный, температурный), то при консультировании женщин после аборта важно подчеркнуть, что их успешное применение возможно только при регулярном менструальном цикле. Поэтому в течение первых нескольких месяцев после операции пара должна использовать другие альтернативные способы предохранения от нежеланной беременности (гормональная контрацепция, барьерные методы).

Пациенткам, отдающим предпочтение хирургической стерилиза-

ции после перенесенного аборта, необходимо знать, что в России этот метод разрешен женщинам в возрасте старше 35 лет, либо имеющим двух и более детей. При

Учитывая различные пути патогенеза осложнений и последствий аборта, в комплекс реабилитационных мероприятий необходимо включать комбинированные эстроген-гестаген содержащие контрацептивы, угнетающие по принципу «обратной связи» выброс гонадолиберина и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме женщины искусственный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона без патологических пиков.

наличии технических условий для проведения такой операции и наличии информированного согласия пациентки, этот метод может быть выполнен сразу после искусственного прерывания беременности, как в первом, так и во втором триместре. Наличие кровотечения, тяжелой травмы мягких тканей половых путей, перфорации матки или гематомы ограничивают возможность выполнения стерилизации.

Таким образом, мотивированное применение тех или иных методов контрацепции, основанное на своевременном и профессиональном консультировании, может расцениваться как важное направление в снижении числа абортотворения и сохранении репродуктивного здоровья женщины. 

Список литературы:

1. В.Н. Прилепская. Руководство по контрацепции // МЕДпресс-информ, Москва, 2006, С.191-211.
2. Е.М. Вихляева, Е.И. Николаева, А. Брандруп-Луканова. Эпидемиология индуцированного аборта в Европейском регионе России // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, – 1999, – №1, – С.15-19.
3. Organization of Family Planning Services. //A manual for family planning professionals, 1998, AVSC International.
4. И.С. Савельева. Контрацептивные услуги для женщин после аборта // РМЖ, 2002, Т.10, №18.
5. P. Lahteenmaki. Postabortal Contraception. // Annals of Medicine. – 1993 – Vol.25. – P. 185–189.
6. И.С. Савельева. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложнений // Гинекология, 2002, – Т.4. – № 3.
7. О.Г. Фролова, В.Ф. Волгина, И.А. Жирова, Т.М. Астахова, Е.И. Николаева, Т.А. Гати- на. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты) // Триада-Х, – 2003, – С.152.
8. В.Н. Прилепская. Гормональная контрацепция // Медпресс. – 1998. – С.154-9.
9. WHO Tech Rep Ser 1998; 877: 1–89.

Ж.А. КАГРАМАНОВА,
В.В. МАЛИНОВСКАЯ,
В.В. ПАРФЕНОВ,
ММА им. И.М. Сеченова,
НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи
Москва

Терапия рецидивирующей герпесвирусной инфекции у женщин препаратом Виферон-3

В статье представлены результаты исследования лечебной эффективности препарата Виферон-3 в терапии рецидивирующей герпесвирусной инфекции у 20 женщин. Установлено, что клиническая эффективность препарата Виферон зарегистрирована у 90% пациенток больных рецидивирующей герпесвирусной инфекцией. Проведенный анализ данных отдаленных результатов исследования позволил сделать заключение о противорецидивирующем действии препарата Виферон-3.

Несмотря на достигнутые успехи в контроле герпесвирусных инфекций, сегодня существующая противорецидивная терапия не является оптимальной.

Рецидивирование инфекции обычно наблюдается у людей, имеющих специфический комбинированный иммунодефицит лимфоидного типа. Вирусная инвазия контролируется системой интерферонов. При рецидивирующем герпесе способность лейкоцитов вырабатывать интерфероны снижается в 100 раз во время рецидива и в 10 раз – в период ремиссии.

В настоящее время особое внимание уделяют коррекции нарушений неспецифического и специфического звеньев иммунитета. Учитывая важную роль интерферонов в патогенезе герпесвирусной инфекции, нами был изучен препарат интерферона Виферон-3 для системного применения.

В состав Виферона-3, кроме собственно рекомбинантного интер-

ферона альфа-2b, входят препараты, стабилизирующие клеточные мембраны: альфа-токоферола ацетат (витамин Е) и аскорбиновая кислота (витамин С) в терапевтически эффективных дозах. Входящий в состав препарата Виферон-3 рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b обладает противовирусным (в том числе в отношении вирусов простого герпеса 1 и 2 типов), антипролиферативным эффектом, иммуномодулирующей активностью. При воздействии интерферона происходит усиление активности естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, фагоцитарной активности, интенсивности дифференцировки В-лимфоцитов. Перечисленные свойства интерферона позволяют ему эффективно участвовать в процессах элиминации возбудителя, предупреждения инфицирования и возможных осложнений. Это достигается двумя путями: непосредственным ингибированием интерфероном процессов репликации и транскрипции (антивирусный, антипролиферативный эффекты) и активацией иммунной системы.

Цель исследования: оценить лечебную эффективность препарата Виферон-3, суппозитории по 1000000 МЕ, изготовленного из субстанции интерферона человеческого рекомбинантного альфа-2b, при лечении герпетической инфекции у взрослых.

В исследовании приняли участие 20 пациенток с диагнозом: рецидивирующая герпетическая инфекция различной локализации. У всех

больных проводился сбор анамнеза заболевания, включающего данные о длительности заболевания, частоте и тяжести рецидивов, динамике лабораторных показателей и проведенной терапии, регистрации жалоб пациенток. Зарегистрированы сопутствующие заболевания, наличие индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергических реакций; лечение, получаемое пациентками по поводу сопутствующих заболеваний. Пациенткам проводился клинический осмотр, во время которого измерялась температура тела, артериальное давление и пульс, фиксировался вес, анализировались лабораторные данные. Лабораторные исследования включали: общий анализ крови (с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, СОЭ) в начале исследования и после окончания лечения препаратом Виферон-3, суппозитории. Общий анализ мочи (с определением удельного веса, уровня белка, микроскопией осадка, количества солей) в начале исследования и после окончания лечения препаратом Виферон-3, суппозитории.

Возраст пациенток колебался от 21 года до 50 лет (средний возраст 36,1 лет). Длительность инфицирования – от 1 года до 32 лет, в среднем составила 10,05 лет. Количество рецидивов в год в среднем составило 4,5 раз. По тяжести заболевания легкой степени течения герпетической инфекции отмечена у 9 пациенток, среднетяжелое течение отмечено у 11 пациенток. Про-

должительность рецидивов – от 7 до 20 дней, в среднем составила 9,2 дней.

По локализации герпетических высыпаний: генитальная форма – у 7 пациенток, лабиальная форма отмечена у 15 женщин, назальная форма – у 3 женщин, смешанная – у 5 женщин.

Развитие атипичных, висцеральных или генерализованных форм герпетической инфекции у всех 20 пациенток не наблюдалось.

Из сопутствующих соматических заболеваний были отмечены патология органов дыхания (хронический гайморит, фарингит, бронхиальная астма), сердечно-сосудистой системы (ВСД по гипотоническому типу, гипертоническая болезнь), органов пищеварительного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, гастродуоденит, хронический холецистит), опорно-двигательной системы (сколиоз, остеохондроз), органов мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит). Из сопутствующих гинекологических заболеваний отмечены в анамнезе: хронический сальпингоофорит, внутренний эндометриоз, полип эндометрия, кистозное изменение яичников, первичное бесплодие.

Оценка эффективности препарата Виферон-3 проводилась в соответствии с критериями лечебной эффективности препарата, суппозитории. При клиническом обследовании у всех 20 пациенток были выражены общие, местные и субъективные признаки рецидива герпетической инфекции. У всех пациенток отмечались жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, зуд, жжение, гиперемия, отек в области локализации герпетического высыпания, трансформацию папул в везикулы. Подъем температуры тела до субфебрильных цифр отмечался у 8 (40%) пациенток, у всех пациенток – наличие пузырьков, отека и гиперемии на коже и слизистых оболочках в местах рецидива герпесвирусной инфекции. Проведенное исследование клинического анализа крови и мочи не выявило явных отклонений от нормы у больных до начала терапии препаратом Виферон-3.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту, тяжести заболевания, предполагаемой давности инфицирования, количеству рецидивов в год и средней продолжительности рецидива

Показатель	Всего (n=20)
Средний возраст	36,1 лет
По тяжести:	
легкая степень	9 человек
средняя степень	11 человек
Длительность инфицирования	10,05 лет
Среднее количество рецидивов в год	4,5 раз в год
Средняя продолжительность рецидива в днях	9,7 дней

Схема терапии составляла 20 ректальных свечей препарата Виферон-3, суппозитории на 1 курс. Нежелательные явления на фоне приема препарата не отмечены. По медицинским показаниям препарат Виферон-3 отменен не был.

При клиническом наблюдении на 5-е сутки у 18 (90%) женщин были выражены местные проявления в виде корочек и пигментаций, отмечалось быстрое исчезновение субъективных ощущений и высыпаний в течение 4-5 дней лечения (наличие эффекта терапии). У 1 (5%) пациентки на 5-й день, в связи с присоединением ОРЗ, отмечалось сохранение интоксикации, элементов сыпи, кожных проявлений, сохранялась общая слабость, головная боль, повышение температуры тела и образование новых везикул (отсутствие эффекта). У 1 пациентки (5%) на 6-й день приема препарата Виферон-3 наблюдалось появление новых везикул локализованных на слизистой оболочке верхней губы. Лечение было продолжено. Продолжительность рецидива составила 9-10 дней. У 1 женщины сохранялся отек и единичные везикулы, что совпадало с периодом менструации. Во время второго визита пациенток (10-е сутки) жалоб зарегистрировано не было. При клиническом осмотре выраженных общих субъективных симптомов не было отмечено. На 10-е сутки отсутствовали местные проявления у 12 (60%) женщин, оставались следы пигментации у 7 (35%) пациенток, корочки – у 1 больной. Длительность заболевания в днях в процессе терапии препаратом Виферон-3 у 90% пациенток соста-

Таблица 2. Характеристика клинических форм заболевания у пациенток

Показатель по локализации	Всего (n=20)
Генитальная форма	7
Назальная форма заболевания	3
Лабиальная форма	15
Смешанная	5

Таблица 3. Оценка показателей эффективности терапии препаратом Виферон-3

Показатель эффективности	Всего (n=20)
Высокая эффективность	–
Наличие эффекта	18 пациенток (90%) (5,05 дней)
Отсутствие эффекта	2 (10%)

вила 5,05 дней. Средняя длительность заболевания в днях до лечения препаратом Виферон-3 у всех 20 пациенток составила 9,7 дней.

Таким образом, анализируя показатели средней продолжительности рецидивов до и после лечения, представлена степень эффективности терапии препаратом Виферон-3. Данные об эффективности терапии препаратом Виферон-3 представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, у 90% пациенток была отмечена эффективность терапии препаратом Виферон-3. Терапия препаратом Виферон-3, суппозитории, по причине неэффективности лечения не была отменена. При изучении переносимости и эффективности применения препарата было отмечено, что препарат Виферон-3 переносился больными хорошо и является безопасным в терапии рецидивирующей герпетической инфекции. Оценка безопасности препарата проводилась на основа-

Таблица 4. Частота, длительность и тяжесть рецидивов за 6 месяцев наблюдения после лечения препаратом Виферон-3

Количество пациенток	Частота рецидивов в течение 6 месяцев	Длительность рецидива в днях	Тяжесть рецидивов
6 пациенток	2 пациентки – 1 рецидив	10 дней	легкая
	2 пациентки – 1 рецидив	3-4 дня	легкая
	2 пациентки – 1 рецидив	7 дней	легкая
Всего (n=20)	6 пациенток – 6 рецидивов	В среднем 6,8 дней	Легкая степень

нии субъективных и объективных явлений непереносимости.

Исследование клинического анализа крови и мочи не выявило явных отклонений от нормы у больных на 10-й день от начала терапии и к моменту заключительного визита через 6 месяцев после лечения.

Итоговая оценка клинического состояния пациентов, с выводом о противорецидивном эффекте препарата Виферон-3, суппозитории, была проведена через 6 месяцев от начала исследования.

Проведен анализ обращений пациентов при рецидивах, с подробным указанием на частоту и длительность обострений, выраженность и распространенность кожных проявлений, развитие атипичных, висцеральных или генерализованных форм, сведений о проводимой терапии, сопутствующих заболеваниях.

В течение 6 месяцев наблюдения только у 6 (30%) пациенток отмечено по одному эпизоду рецидива герпетической инфекции, а у 14 (70%) пациенток не наблюдалось эпизодов рецидива заболевания в течение 6 месяцев после лечения препаратом Виферон-3. У 1(5%) пациентки рецидив наступил спустя 1,5 месяца после терапии препаратом Виферон-3. У 2 (10%) пациенток рецидив отмечен через 5 месяцев, у 1(5%) – через 6 месяцев, локализация герпетического поражения отмечена в области слизистой носа и на коже верх-

ней губы. Проводилась местная терапия препаратом Ацикловир-мазь. У 2 (10%) пациенток рецидив наступил к концу 6-го месяца наблюдения. У 3 (15%) пациенток лечение не проводилось, у одной пациентки герпетический процесс локализовался в области слизистой ротовой полости.

Частота рецидивов у 6 пациенток составила по 1 эпизоду обострения герпетической инфекции за 6 месяцев наблюдения после лечения препаратом Виферон-3.

Длительность рецидива в днях в среднем составила 6,8 дней. Длительность рецидивов после лечения Вифероном-3 через 6 месяцев лечения осталась без изменений. У 2 (10%) пациенток длительность рецидива продолжалась 3-4 дня, у 2 (10%) женщин продолжительность рецидива составила 7 дней и у 2 (10%) пациенток эпизод обострения длился до 10 дней. У всех 6 (30%) пациенток зарегистрирована легкая форма течения рецидива герпетической инфекции.

Эффективность терапии препаратом Виферон зарегистрирована у 18 (90%) пациенток. Данные о частоте, длительности и тяжести рецидивов представлены в таблице 4.

Получены результаты по длительности, тяжести и частоте рецидивов.

Рецидивы отмечены в основном через 5-6 месяцев, в одном наблюдении рецидив наблюдался через 1,5 месяца.

Таким образом, длительность рецидивов после лечения Вифероном-3 через 6 месяцев лечения не увеличивалась. Анализ данных катамнеза позволяет сделать заключение о влиянии проведенного лечения препаратом Виферон-3, суппозитории, в качестве противорецидивного.

ВЫВОДЫ

1. Терапия препаратом Виферон-3 позволяет пролонгировать период ремиссии рецидивирующей формы герпетической инфекции.
2. Терапия препаратом Виферон-3 позволяет сократить длительность рецидива в днях.
3. Длительность последующих рецидивов герпетической инфекции после лечения препаратом Виферон-3 не увеличивается.
4. Применение препарата Виферон-3 является безопасным по критериям безопасности.
5. Препарат Виферон-3 хорошо переносится пациентами с герпетической инфекцией.
6. Эффективность препарата Виферон-3, суппозитории, при лечении герпетической инфекции в обеих группах сопоставима.
7. Побочных реакций при лечении герпетической инфекции препаратом Виферон-3 не вызывает. Рекомендовано назначать пациентам с хроническим рецидивирующим течением герпетической инфекции препарат Виферон-3 по следующей схеме: по 2 ректальной свечи в сутки с интервалом в 12 часов в качестве противовирусной и противовоспалительной терапии рецидивов герпетической инфекции различной локализации. Наиболее оптимальной схемой терапии рецидивирующей герпетической инфекции является назначение профилактических курсов 1 раз в 6 месяцев в периоды наиболее частых обострений. 

Список литературы:

1. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С., Воробьев А.А. «Эндогенные иммуномодуляторы», 1992.
2. Малиновская В.В., Сускова В.С., Абаева З.Р., Антипова И.И., Орлова Н.Г. Особенности иммунного гомеостаза и интерферонового статуса новорожденных от матерей, инфицированных цитомегаловирусом и вирусом простого герпеса. Russian Journal of Immunology, 2000, Vol, 5, № 2, P. 177-184.
3. Кузнецов В.П., Маркелова Е.В., Колесникова Н.В. и др. «Цитокины в патогенезе инфекций и иммунокоррекция.» Аллергология и иммунология 2(2):6 (№3), 2001.
4. Черешнев В.А., Юшков Б.Г., Климин В.Г., Лебедева Е.В. «Имунофизиология», Екатеринбург: УрОРАН, 2002.
5. Хаитов В.А., Гусев Е.Ю. «Имунология локального и системного воспаления». Аллергология и иммунология 2(2): 6, 7 (№5), 2001.
6. Фрейдлин И.С., Назаров П.Г. «Регуляторные функции провоспалительных цитокинов и острофазных белков». Вестник РАМН 5:28-32, 1999.
7. Igarashi T., Konno R., Okamoto S. et al. Involvement of granule mediated apoptosis in the cyclic changes of normal human endometrium //Tohoku J. Exp. Med. 2001. Vol. 193, №1. P. 13-25.

ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D

ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ
УРЕАПЛАЗМОЗ

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И
БРОНХОЛЕГочНЫЕ ИНФЕКЦИИ

ПИЕЛОНЕФРИТ,
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ДИСБАКТЕРИОЗ

ЭНДОМЕТРИОЗ И
ВУЛЬВОВАГИНИТ

МЕНИНГИТЫ

КАНДИДОЗ

ГРИПП И ОРВИ

СУППОЗИТОРИИ И МАЗЬ ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2 И АНТИОКСИДАНТЫ

Препарат разрешен к применению у беременных
женщин и новорожденных детей

ВНИМАНИЕ! С 1 января 2007 года
МЕНЯЕТСЯ УПАКОВКА



БЫЛО



СТАЛО

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ УПАКОВКИ

НА НОВОЙ УПАКОВКЕ:

- Отсутствует привычное разделение на **Виферон-1, Виферон-2, Виферон-3, Виферон-4**
- Вместо этого указана дозировка **150 000 МЕ; 500 000 МЕ; 1 000 000 МЕ; 3 000 000 МЕ.**
- Каждой дозировке суппозиториям соответствует свой цвет надписи: **голубой, зеленый, фиолетовый, красный.**
- Отличительный цвет полосы на упаковке мази – **оранжевый.**
- Маркировка номера серии и срока годности суппозиториям нанесена на правом торцевом клапане коробки с помощью специального устройства.

Производитель ООО «ФЕРОН»

123098, Москва, ул Гамалеи, 18, корп.А

Тел./факс: 193-3060, 193-4332, 193-55-58 (коды г.Москвы - 495 и 499)

E-mail: viferon@rol.ru www.viferon.su www.interferon.su

 **ферон**

II ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПРОБЛЕМЫ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Москва, 7-8 февраля 2008 года

Российская академия государственной службы при Президенте РФ (РАГС)
(Москва, проспект Вернадского, 84)

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Московское научное общество по проблемам женского здоровья
- Всероссийское научное общество кардиологов
- Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава

ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ:

- организация медицинской помощи женщинам во время беременности, родов
- профилактика, диагностика, особенности течения и лекарственная терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, почек, психической сферы, эндокринных заболеваний и т.д.;
- профилактика и лечение онкологических заболеваний;
- особенности ведения девочек-подростков, женщин в период беременности и перименопаузе;
- актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин;
- новые лекарственные средства и технологии;
- особенности применения хирургических методов лечения у женщин.

Научная программа конференции включает научные доклады
и сателлитные симпозиумы, секционные заседания, пленарные доклады, лекции.

РЕГИСТРАЦИЯ

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета копию квитанции или платежного поручения (Организационный взнос не включает стоимость опубликования тезисов) – до 20 декабря 2007 года – 1200 рублей, с 20 декабря – 1500 рублей. Опубликование тезисов (одна работа) – 400 рублей. Сумма не включает стоимость сборника тезисов

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты не принимаются!

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:

Получатель платежа: ООО «Медикал Комьюникейшнз» Р/С 40702810300001000802 в ЗАО КБ «Юникбанк»
К/С 3010181010000000668 БИК 044585668 ИНН / КПП 7732502259 / 773201001 ОГРН 1047796658634 ОКПО 74143181
Пожалуйста указывайте в квитанции назначение платежа. Например: взнос за публикацию тезисов Петров И.И. в материалах конференции, оргвзнос за участие Иванова И.И. в конференции «проблемы женского здоровья и пути их решения».

ТЕЗИСЫ

Оплаченные тезисы должны быть высланы не позднее 15 декабря 2007 г по почте (с обязательным приложением электронного варианта!) или по e-mail (с пометкой «Тезисы для конференции по ПЖЗ):

Адрес: 127473, Москва, а/я 82. E-mail: pjz2008@gzrf.ru

Требования к оформлению тезисов

1. Текст должен быть напечатан в редакторе MS Word, шрифтом Times New Roman 12, через 1 интервал, объем – 1 страница (А 4), поля сверху, снизу, справа и слева – 3 см.
2. Название печатается заглавными буквами без сокращений, с новой строки указываются фамилии авторов (инициалы ставятся после фамилии). С новой строки, полное официальное название учреждения без сокращений и город.
3. В содержании тезисов должны быть отражены: цель, методы исследования, полученные результаты, выводы. В тексте тезисов не следует приводить таблицы, рисунки и ссылки на литературные источники.
4. Файл должен иметь в названии фамилию первого автора и город, набранные без пробелов, Если от одного автора или группы авторов направляется более одной работы, то в конце названия файла ставится цифра 1, 2, 3 (например, ПетровМосква, ПетровМосква1)

Тезисы, полученные после 15 декабря 2007 года, а также присланные по факсу, рассматриваться не будут.

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА:

1127473, Москва, ул. Достоевского 31/33, корпус А, 7 этаж
Контактный телефон: (499) 972-9612 e-mail: pjz2008@gzrf.ru Официальный сайт: <http://www.gzrf.ru>



XII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

19-22 февраля 2008 года, Москва

Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли, 4-й подъезд

Уважаемые коллеги!

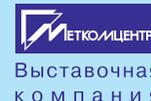
Союз педиатров России приглашает Вас принять участие в работе XII Конгресса педиатров России. Программа Конгресса включает вопросы реализации Национального проекта «Здоровье» в педиатрии, организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, формулярной системы в педиатрии, вакцинопрофилактики; высокотехнологичные методы диагностики и лечения болезней детского возраста и другие актуальные проблемы. В рамках послевузовского профессионального образования педиатров состоится проведение Школ специалистов (повышения квалификации участковых педиатров, в том числе специалистов, обеспечивающих массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания; подготовки специалистов по дополнительной иммунизации населения в рамках национального календаря прививок; организатора здравоохранения; детского аллерголога-иммунолога; детского ревматолога; детского хирурга; специалиста по медицинскому обеспечению в образовательных учреждениях) с выдачей сертификатов.

На церемонии Торжественного открытия Конгресса – 19 февраля 2008 года в 18:00 в Зале Церковных Соборов Храма Христа Спасителя (г. Москва, ул. Волхонка, 15) – будут подведены итоги:

- **Конкурса «Детский врач года»** (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям).
- **Конкурса «Детская медицинская сестра года»** (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям).
- **Конкурса работ молодых ученых.**

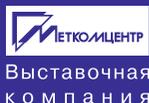
Заявки на доклады и симпозиумы, тезисы для публикации принимаются до 15 декабря 2007 г., заявки на участие в Конкурсах «Детский врач года» и «Детская медицинская сестра года» – до 15 декабря 2007 г., регистрация участников школ – до 1 января 2008 г., работы на Конкурс молодых ученых – до 20 января 2008 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке, конкурсах, Школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 134-30-83, 8 (495) 967-15-66, 967-14-18, 681-76-65 и на веб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru



Выставочная
компания

Адрес оргкомитета Конгресса: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: orgkomitet@nczd.ru



Выставочная
компания

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

«ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2008»

20-22 февраля 2008 года, Москва

Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли, 4-й подъезд

Параллельно с Конгрессом педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» пройдет 15-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2008», на стендах которой будут представлены свыше 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 8000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Медтехника
- Средства по уходу за детьми
- Средства гигиены для женщин
- Медицинское оборудование
- Медицинские инструменты
- Детское питание
- Контрацептивы
- Лабораторное оборудование и приборы
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов
- Витамины и гомеопатические средства
- Специализированные издания и литература

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВКИ: Выставочная компания «Меткомцентр»

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефонам: 8 (495) 681-76-65, 631-14-12 e-mail: zmir@sumail.ru



Международный медицинский форум

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ

12-17 февраля 2008 года

В РАМКАХ ФОРУМА ПРОЙДУТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА
“ВРАЧ РОССИИ XXI ВЕКА” И ВЫСТАВКИ:

- * **РосMedtechЭкспо**
Медицинская техника, оборудование и мебель
- * **Аптека**
Фармацевтические препараты, производство фармсредств
- * **Здоровый ребенок**
Перинатальные центры
Детское здоровье. Питание. Досуг и спорт
- * **МедBuildЭкспо**
Проектирование, строительство и оснащение медицинских и оздоровительных центров
- * **РосRehaЭкспо**
Реабилитация. Восстановительная медицина. Курортология. Ортопедия. Протезирование.
- * **«03»-Экспо**
Экстренная медицина. Технологии. Санитарный транспорт.
- * **«Будь здоров!»**
Профилактика старения. Геронтология и гериатрия. Адекватное питание. Пропаганда здорового образа жизни

Информационные партнеры:



КРОКУС ЭКСПО

Международный выставочный центр

МВЦ «Крокус Экспо», 65-66 км МКАД
(пересечение с Волоколамским шоссе)

Тел.: (495) 727-82-25, 727-11-39

E-mail: med@crocus-off.ru, dmt@crocus-off.ru, www.iz-expo.ru
zychkov@crocus-off.ru, brusilovskaya@crocus-off.ru

Генеральный спонсор Форума:



Информационный партнер
МВЦ «Крокус Экспо»:



Реклама на сайте

и на территории

МВЦ «Крокус Экспо»:

тел. (495) 727-26-39,

www.crocus-reklama.ru

Аренда конференц-залов и

презентационного оборудования:

тел. (495) 727-25-93, 727-26-15



2008

Медицина

4-я Международная специализированная выставка

медицинского оборудования, техники и товаров для диагностики и лечения
заболеваний человека и услуг в сфере здравоохранения



26 – 29 мая

МОСКВА, Конгресс-центр ЦМТ



В РАМКАХ ПРОЕКТА:

9-я специализированная выставка
«Радиология-2008»

Салон «МедКомТех-2008»

Салон «ЛаборДиагностика-2008»

Всероссийская конференция «Реализация
инвестиционных проектов в сфере здраво-
охранения: интеграция государства и
бизнеса»

2-ой Российский Национальный конгресс
лучевых диагностов и терапевтов
«Радиология-2008»

Всероссийский Конгресс специалистов
клинической лабораторной диагностики
«Фундаментальные основы, клинические
аспекты и новейшие технологии современной
лабораторной медицины»

Всероссийская конференция «Информатиза-
ция здравоохранения - 2008»

ОРГАНИЗАТОРЫ ПРОЕКТА МЕДИЦИНА:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи
ЗАО «МЕДИ Экспо»

M+R МЕДИ Экспо



Тел.: (495) 661-3513
Факс: (495) 938-2458

e-mail: expo@mediexpo.ru
<http://www.mediexpo.ru>

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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



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

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



МИФЕПРИСТОН (50.0 мг)

(mifepristone 50.0 mg)

Новые возможности консервативной терапии миомы матки

(размером до 12 недель беременности)

Высокая эффективность

- уменьшение размеров матки и миоматозных узлов до 40%
- уменьшение интенсивности кровообращения в миоматозных узлах на 35-40%

Хорошая переносимость

Отсутствие отрицательного влияния на эстрогензависимые органы

Возможность сохранить репродуктивную функцию

Производитель:

ЗАО «Мир-Фарм», Россия, 249030, Калужская область, г. Обнинск, ул. Королева, д.4
Тел./факс: (48439) 6-47-41.

Отдел продвижения:

117997, г. Москва, ул. Акад. Опарина, 4.
Здание НЦАГИП
Тел./факс: (495) 789-83-41/42

www.mirpharm.ru



Нам хорошо
вместе!

Витрум® Пренатал Форте

- Современный комплекс, содержащий 13 витаминов и 10 минеральных веществ (йод, железо, кальций, магний, цинк, селен и другие) необходимых во время беременности и лактации.
- Препарат прошел клинические испытания, в ходе которых была подтверждена его эффективность как средства для комплексной профилактики плацентарной недостаточности, токсикозов, анемии, угрозы прерывания беременности.

