

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

№ 5
декабрь 2007

Воспалительные заболевания придатков матки

Иммунокорригирующая терапия

Комплексная терапия урогенитальных инфекций

**ТЕМА НОМЕРА: профилактика
послеоперационных осложнений**

Меридиа® 

Цена снижена
На **50%**

Не плати больше,
чтобы есть меньше!



15 мг.

10 мг.

МЕРИДИА® (MERIDIA) Сибутрамин Рег.номер: П № 012145/01 от 26.02.2006

Каждая капсула содержит сибутрамина гидрохлорида моногидрата 10 или 15 мг. Фармакотерапевтическая группа: средство для лечения ожирения. Сибутрамин проявляет свое действие *in vivo* за счет своих метаболитов, являющихся вторичными и первичными аминами. Ингибирует обратный захват моноаминов (прежде всего серотонина и норадреналина) и снижает потребность в пище (увеличивает чувство насыщения) за счет изменения (увеличения синергических взаимодействий) центральных норадренергических и 5-НТ функций и увеличивает термogenesis, опосредованно активируя бета-3 адренорецепторы, также воздействует на бурую жировую ткань.

Показания к применению

- алиментарное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) 30 кг/м² и более;
- алиментарное ожирение с ИМТ 27 кг/м² и более в сочетании с сахарным диабетом типа 2 или дислипотеинемией.

Способ применения и дозы

В качестве начальной дозы ежедневно следует принимать 1 капсулу Меридиа 10 мг. При снижении веса тела менее чем на 2 кг за 4 недели, суточная доза может быть увеличена до 15 мг. Капсулы следует принимать утром, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости (стакан воды). Препарат можно принимать как натощак, так и сочетать с приемом пищи. Длительность лечения Меридиа не должна превышать 2 года, поскольку в отношении более продолжительного периода приема препарата данные об эффективности и безопасности отсутствуют.

Противопоказания

Установленная повышенная чувствительность к сибутрамину или к другим компонентам препарата; наличие органических причин ожирения; нервная анорексия или нервная булимия; психические заболевания: синдром Жиль де ля Туретта; одновременный прием или период менее чем через 2 недели после отмены приема ингибиторов МАО, а также при применении других препаратов, действующих на центральную нервную систему; при психических расстройствах (например, антидепрессанты, нейролептики), при нарушениях сна (триптофан), при применении других препаратов для снижения массы тела; установленная ишемическая болезнь сердца, декомпенсированная сердечная недостаточность, врожденные пороки сердца, окклюзивные заболевания периферических артерий, тахикардия, аритмия, цереброваскулярные заболевания (инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения); наличие inadequately контролируемой артериальной гипертензии (АД > 145/90 мм.рт.ст.), тиреотоксикоз; тяжелые нарушения функции печени или почек; доброкачественная гиперплазия простаты, феохромоцитомы; глаукома; установленная фармакологическая, наркотическая и алкогольная зависимость, беременность и период кормления грудью. Не следует применять

данный препарат пациентам в возрасте до 18 лет и старше 65 лет в связи с отсутствием достаточного клинического опыта. С осторожностью следует назначать препарат при следующих состояниях: аритмия в анамнезе, хроническая недостаточность кровообращения, заболевания коронарных артерий (в т.ч. в анамнезе), холелитиаз, артериальная гипертензия (контролируемая и в анамнезе), неврологические нарушения, включая задержку умственного развития и судороги (в т.ч. в анамнезе), нарушение функции печени и/или почек легкой и средней степени тяжести, моторные и вербальные тики в анамнезе.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Одновременное применение ингибиторов СYP3A4 – фермента (кетоназол, эритромицин, тролоандомицин, циклоспорин) и сибутрамина приводит к повышению в плазме концентрации метаболитов сибутрамина. Рифамицин, макролиды, фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал и дексаметазон могут ускорить метаболизм сибутрамина. Меридиа не следует применять с препаратами, повышающими уровень серотонина в плазме. Так называемый серотониновый синдром может развиться в редких случаях при одновременном применении препаратов для лечения депрессии (блокаторы обратного захвата серотонина), определенных препаратов для лечения мигрени (суматриптан, дигидроэрготамин), сильнейдействующих анальгетиков (пентазоцин, петидин, фентанил) или противокашлевых препаратов (декстрометорфан).

Побочное действие

Чаще всего побочные эффекты возникают в начале лечения (в первые 4 недели). Их выраженность и частота с течением времени ослабевают. Сухость во рту и бессонница, иногда головная боль, головокружение, белокочка, парестезии, изменение вкуса, тахикардия, сердцебиение, повышение АД, вазодилатация, потеря аппетита и запор, иногда тошнота и обострение геморроя, потливость. В единичных случаях: дисменорея, отеки, гриппоподобный синдром, зуд кожи, боль в спине, боль в животе, парадоксальное повышение аппетита, жажда, ринит, депрессия, сонливость, эмоциональная лабильность, тревожность, раздражительность, нервозность, острый интерстициальный нефрит, кровянистая, пурпура Швиней-Генкох, судороги, тромбоцитопения, транзиторное повышение активности «печеночных» ферментов в крови, острый психоз.

См. полную информацию о препарате в инструкции по применению.

Для получения полной информации о назначении обращайтесь, пожалуйста, в компанию Зоботт.

Информация для медицинских работников (не для пациентов).

ООО «ЗЕББОТ ЛЭБОРАТОРИЗ» 115114 РОССИЯ, МОСКВА, ДЕРБЕНЕВСКАЯ НАБ., 11, КОРП. А, ОФ. 409; ТЕЛ: (495) 258-4270
**ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ «ВЕСУ-НЕТ» (495) 788-9097,
8 (800) 200-1331 (ЗВОНОК БЕСПЛАТНЫЙ) WWW.VESU.NET**



Abbott
A Promise for Life

7-8 ФЕВРАЛЯ 2008 ГОДА

Вторая Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием



Рациональная фармакотерапия в урологии-2008

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

Организаторы конференции:

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий
- Российское общество урологов

Организатор выставочной экспозиции:



В программе конференции

Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов:

- бактериологическая диагностика возбудителей инфекции мочевых путей
- управление неосложненной и осложненной инфекцией мочевых путей
- катетер-ассоциированная инфекция мочевых путей
- госпитальные инфекции мочевых путей
- мочекаменная болезнь и мочевиная инфекция
- пиелонефрит беременных
- инфекции мочевых путей у детей
- инфекции мочевых путей у больных с нейтропенией
- грибковая инфекция мочевых путей
- современная фармакотерапия и улучшение качества жизни больных с урологической инфекцией
- заболевания, передающиеся половым путем: современные методы диагностики и лечения
- простатит: новые подходы к комплексной терапии
- уросепсис: современные стандарты лечения
- антибиотикорезистентность возбудителей инфекции мочевых путей
- антибактериальная профилактика перед урологическими операциями
- современные антимикробные и антимикотические средства
- побочные действия антибактериальных препаратов
- антисептические и дезинфицирующие средства в госпитальной урологической практике

Медикаментозная терапия урологических заболеваний:

- профилактика и лечение ДГПЖ
- эффективная фармакотерапия эректильной дисфункции
- андрогендефицитное состояние у мужчин
- недержание мочи (гиперактивный мочевой пузырь)
- метаболический синдром как причина урологических заболеваний
- противоопухолевая химиотерапия в урологии (секция онкоурологов)
- вопросы фармакоэкономических исследований в урологии
- оценка качества жизни урологических пациентов
- средства ухода за пожилыми больными
- новые технологии, медицинская техника и диагностическое оборудование в госпитальном секторе

**Проводится конкурс молодых ученых: принимаются научные работы по рациональной фармакотерапии урологических заболеваний от ученых до 35 лет до 1 декабря 2007 г. по адресу: imp2006@bk.ru
Информация на сайте ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий: www.uro.ru**

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

Оргкомитет: ФГУ НИИ Урологии Росмедтехнологий: 105425, Москва, 3-я Парковая ул., д. 51,
тел.: **(495) 367-17-17; 165-88-55; 165-09-11; 234-07-34**

Прием тезисов до 1 декабря 2007 г. по адресу: imp2006@bk.ru

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

Генеральный информационный спонсор:

Информационные спонсоры:



**ВЕСТНИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Эффективная фармакотерапия
Доказательная медицина
Качественная клиническая практика

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

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

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

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

Специализированное распространение:

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

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

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

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



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

Редакция журнала:

руководитель проекта **А. Синичкин**

(e-mail: sinprof@webmed.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 **Н. Кононова**

набор **Е. Виноградова**

рекламный отдел **А. Курышева**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**

Декабрь 2007

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: профилактика послеоперационных осложнений

А.И. Ищенко, Р.А. Чилова, Ю.А. Белькова, В.В. Рафальский

Практические аспекты антибиотикопрофилактики
при инвазивных вмешательствах в акушерстве и гинекологии **6**

острый аднексит

П.В. Буданов

Оптимизация лечения больных с воспалительными
заболеваниями придатков матки **14**

клинические исследования

П.В. Буданов

Дифференцированный подход к выбору метода иммунокорректирующей терапии
в акушерстве и гинекологии **20**

клиническая эффективность

**С.А. Панева, О.А. Лесная, Е.Г. Федорова, В.И. Бельшева,
И.Ф. Буренина, Е.Л. Дубисская, М.И. Мазова, Л.С. Макарова,
Н.Р. Утяшева, Е.А. Иноземцева, И.П. Конкина**

Изучение эффективности применения суппозиториев Генферон 500000 ME
в комплексной терапии урогенитальных инфекций,
вызванных представителями класса Mollicutes **28**

Опыт регионов

Центр ЭКО в Саранске подарил многим бездетным парам надежду **32**

форум (конференции, выставки, семинары)

Компания Jeparharm: новая бизнес-стратегия
на российском фармацевтическом рынке **38**

компании и их продукция

Контрацептивные гормоны: новый взгляд на терапию женских заболеваний **43**

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 106-7705Л от 08.09.2005 г.

Эстрогены и качество жизни

На XVIII ежегодном съезде Северо-Американского общества по менопаузе (NAMS) были доложены результаты Международного исследования женщин, длительно принимающих эстрогены после менопаузы (WISDOM), согласно которому у пациенток в постменопаузе на фоне приема заместительной гормональной терапии улучшается качество сна, снижается выраженность сухости во влагалище, уменьшаются возрастные боли различной локализации, повышается качество жизни. По данным однолетнего анализа было показано, что прием ЗГТ улучшает качество жизни за счет нормализации сна и сексуальной функции, снижения частоты болей в суставах и мышцах, независимо от исходного наличия вазомоторных симптомов. В исследовании WISDOM были рандомизированы 3721 женщина в постменопаузе в возрасте от 50 до 69 лет с интактной маткой или субтотальной гистерэктомией, которым назначалась комбинированная эстроген-гестагенная терапия (1862 женщины) или плацебо (859 женщин). Качество жизни и психосоциальное благополучие оценивалось с помощью анкеты женского здоровья (WHQ), the EuroQol, визуально-

аналоговой шкалы (VAS) и шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D). Изменения эмоциональных и физических симптомов оценивалось с помощью анкеты менопаузальных симптомов. Через год гормональной терапии достоверно меньшее количество женщин жаловались на вазомоторные симптомы, боли, бессонницу, сухость во влагалище в сравнении с группой плацебо. При этом у них чаще отмечалось нагрубение молочных желез и секреция из влагалища. В целом значимых различий в качестве жизни по данным анкеты менопаузальных симптомов или шкалы депрессии через год приема ЗГТ выявлено не было. Небольшое, но значимое улучшение было отмечено в отношении сексуальной функции и проблем со сном на фоне ЗГТ, причем это не зависело от исходного наличия вазомоторных симптомов. Полученные данные являются предварительными, для их подтверждения требуется дальнейший детальный анализ.

Источник: *Климакс.ру*

ИБС и менопауза

Ишемическая болезнь сердца является основной причиной заболеваемости и смертности женщин, особенно после наступления менопаузы. Полагали, что эстрогены и гестагены защищают от ишемической болезни сердца. Однако по рекомендации недавнего исследования «Инициатива во имя здоровья женщины» (WHI) гормональная терапия не должна использоваться для первичной профилактики ишемической болезни сердца у женщин. Последние крупные исследования, включая WHI и HERS, изучали роль гормональной терапии в профилактике ишемической болезни сердца у женщин. В этих исследованиях не было показано значимого снижения частоты сердечно-сосудистых событий. Кроме того, диетическая модификация также не изменила частоту ишемической болезни сердца. Заместительная гормональная терапия не может быть рекомендована в целом для женщин в постменопаузе для первичной профилактики ишемической болезни сердца. Хотя диетическая модификация не привела к значимому снижению сердечно-сосудистых заболеваний, в настоящее время она рекомендуется для поддержания здоровья сердца.

Источник: *Климакс.ру*

Холестеринемия и преждевременные роды

Связь уровня холестерина в крови будущих мам и риска преждевременных родов установлена достаточно давно. Ранее ученые полагали, что только повышенный уровень этого вещества приводит к таким последствиям. Однако недавние исследования показали, что пониженный уровень холестерина в крови также повышает риск рождения ребенка раньше срока. Ученые из Национального института генома человека США обследовали тысячу молодых мам из Южной Калифорнии и их новорожденных детей, появившихся на свет преждевременно. Выяснилось, что большинство женщин имели пониженный уровень холестерина (21%). У 12% родивших раньше срока содержание этого вещества было повышено, и лишь у 5% женщин холестерин оказался в норме. В ходе наблюдения ученые выявили любопытный факт: среди афроамериканок с пониженным уровнем холестерина в крови риск преждевременных родов не был высоким. По словам руководителя исследования доктора Макса Мюнке, пока рано распространять полученные данные и необходимо провести другие наблюдения. Но по первоначальным результатам можно утверждать, что преждевременные роды могут вызвать отклонения от нормы как в ту, так и в другую сторону.

Источник: *www.utro.ru*

Осложнения аборт

Около 70 тысяч женщин во всем мире ежегодно умирают от последствий абортов, выполненных непрофессионалами, либо проведенных в антисанитарных условиях. Серьезные осложнения после таких абортов, ведущие к длительным или хроническим заболеваниям, фиксируются еще у пяти миллионов женщин. Такие данные приводятся в исследовании, выполненном американским Институтом Гаттмахера совместно со Всемирной организацией здравоохранения. Согласно данным исследования, в период с 1995 по 2003 год общее число абортов в мире снизилось с 46 до 42 млн в год. В то же время доля нелегальных или проведенных в небезопасных условиях абортов осталась неизменной – около 50%. Большинство абортов – около 35 миллионов – приходится на развивающиеся страны. На них же приходится около 97% небезопасных абортов. В настоящее время во всем мире аборт заканчивается в среднем каждая пятая беременность, однако в различных регионах этот показатель существенно варьи-

руется. Так, в странах Восточной Европы на каждые 105 абортов приходится всего 100 родов, тогда как в Западной Европе эти показатели составляют соответственно 23 на 100, а в Северной Америке – 33 на 100. В Африке, где аборты законодательно запрещены в большинстве стран, на каждые 100 родов приходится 17 абортов.

По мнению авторов исследования, законодательный запрет на прерывание беременности не приводит к снижению абсолютного числа абортов. В частности, в Гане, где аборты запрещены, а профилактика ВИЧ-инфекции построена на программе пропаганды воздержания от внебрачного секса, в 2003 г. приходилось 54 аборта на 1000 женщин, что более чем в два раза больше, чем в США. Впрочем, как указывают критики, последние выводы основаны на весьма приблизительных данных, поскольку регулярный учет абортов в странах, где они запрещены, отсутствует.

Источник: *www.medportal.ru*

ВПЧ часто распространен в ротоглотке

Распространенность орального вируса папилломы человека (ВПЧ) высока в очень юном возрасте и затем снижается перед последующим устойчивым увеличением с возрастом. Об этом свидетельствуют результаты ряда исследований, проведенных американскими учеными, В сентябрьском выпуске *The Pediatric Infectious Disease Journal*, доктор Элейн М. Смит (University of Iowa) и коллеги отмечают, что ВПЧ в полости рта или глотки ассоциируется с увеличенным риском папиломатоза гортани и ряда раковых новообразований. Чтобы определять особенности ВПЧ у детей и оценить возможности вакцинации и других вмешательств, исследователи собрали анкетные опросы относительно факторов риска и образцы эксфолиативных клеток из полости рта у 1235 субъектов в возрасте от 2 месяцев до 20 лет. Все пациенты были привлечены из местных клиник и поликлиник. Исследователи не нашли никаких

факторов риска увеличения передачи ВПЧ от родителей младенцам. Общая распространенность ВПЧ в полости рта или глотки была 1,9% и составила 2,5% у детей до года, а затем упала к 0,8% в возрасте 1-4 лет. Распространенность начала увеличиваться до 1,2% у детей в возрасте 5-11 лет, 1,5% – в возрасте 12-15 лет и 3,3% – у 16-20-летних. В последней возрастной группе наличие генитальных папиллом увеличивало риск оральной ВПЧ инфекции в более чем 19 раз, у женщин риск увеличивался почти в 6 раз и при курении – в 6,5 раз. Результаты проведенного исследования показали, что инфекция ВПЧ постепенно приобретает в детстве, и это подтверждает необходимость вакцинации, потенциально предотвращающей развитие тяжелых, связанных с ВПЧ генитальных и оральных заболеваний, перед наступлением половой зрелости.

Источник: Солвей Фарма

Грудное вскармливание необходимо недоношенным детям

Даже самые крошечные из недоношенных детей должны получать грудное молоко, пока они содержатся в отделении интенсивной терапии роддома или больницы. Молоко улучшает их умственное развитие, утверждает в исследовании, опубликованном в октябрьском номере журнала Американской академии педиатрии *Pediatrics*. Еще одно исследование о грудном вскармливании свидетельствует, что оно вопреки расхожему мнению не повышает риск развития кариеса у детей в дошкольный период. Об этой опасности говорилось в более ранних работах. Первое исследование основано на наблюдении за 773 недоношенными младенцами, появившимися на свет в США с весом менее 1 кг в период между 1999 и 2002 годами. Оказалось, что дети, которые в младенчестве вскармливались грудным молоком, показали более высокие результаты интеллектуального развития в возрасте 30 месяцев, чем остальные. Больше всего баллов набрали те, кто дольше всего получал грудное молоко.

Источник: www.GZT.ru

Прививки от гепатита В новорожденным

Прививка от гепатита В, которую новорожденным делают в роддомах, перестанет быть обязательной. По инициативе Минздрава России от гепатита В будут прививать только тех малышей, чьи матери находятся в группе риска.

«Теперь мы вернемся к ранее использовавшейся модели иммунизации против гепатита В, когда малыш еще не получал такую прививку сразу в роддоме», – сообщила руководитель Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства министерства Ольга Шарапова на Конгрессе Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины.

Она отметила, что исследования не подтвердили целесообразность массовой вакцинации новорожденных против гепатита В. Таким образом, прививки будут делать только тем детям, чьи родители могут являться носителями вируса.

Предполагаемые затраты на проведение профилактических прививок детям в этом году составят 6 млрд 100 млн рублей, сообщила Шарапова. Такую же сумму на эти цели планируется выделить из федерального бюджета и в 2008 году, добавила она.

Источник: www.medportal.ru

Метаболический синдром увеличивает риск дефекта нервной трубки

Беременные женщины с характеристиками метаболического синдрома могут иметь повышенный риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки, согласно результатам исследования, опубликованном в онлайн-журнале *BMC Pregnancy and Childbirth*.

«Мы думаем, что большая часть объяснений полученных предварительных данных может быть связана с ожирением матери – одной из характеристик метаболического синдрома, – сказал доктор Джоэл Г. Рей (St. Michael's Hospital, University of Toronto, Canada). – Необходимы дальнейшие исследования с использованием всех формальных критериев метаболического синдрома для оценки его связи с развитием дефектов нервной трубки».

Ученые обследовали 89 женщин с беременностями, закончившимися рождением детей с дефектами нервной трубки, и 434 женщины, родивших детей без дефекта. В проведенном исследовании характеристики метаболического синдрома у матери были определены наличием диа-

бета до беременности, массой тела, больше или равной 90%-му центиллю среди контрольной группы, цветной этнической принадлежностью и/или уровнями сывороточного высоко чувствительного С-реактивного белка (hsCRP) больше или равными 75%-му центиллю контрольной группы. Значения уровней hsCRP были исключительно высокими среди случаев и в контрольной группе – 6,1 и 6,4 мг/л соответственно, сообщают ученые. Когда hsCRP был исключен из модели, приспособленный анализ показал двукратное увеличение риска дефекта нервной трубки в присутствии одной из характеристик метаболического синдрома и шестикратное увеличение риска в присутствии двух или более критериев метаболического синдрома. Исследователи считают, что «женщинам, рассматривающим возможность беременности и имеющим риск развития метаболического синдрома, необходимо рекомендовать увеличение диетического и дополнительного приема фолиевой кислоты и придерживаться здорового питания и регулярной физической активности».

Источник: Солвей Фарма

А.И. ИЩЕНКО,
Р.А. ЧИЛОВА,
Ю.А. БЕЛЬКОВА,
В.В. РАФАЛЬСКИЙ

Клиника акушерства
и гинекологии,
кафедра акушерства
и гинекологии №1
ММА им. И.М. Сеченова

Кафедра клинической
фармакологии
Смоленской
государственной
медицинской академии

Практические аспекты антибиотикопрофилактики при инвазивных вмешательствах в акушерстве и гинекологии

Инфекции различной локализации относятся к числу наиболее частых осложнений в послеоперационном периоде как после «больших» операций, так и после инвазивных инструментальных лечебных или диагностических вмешательств в акушерско-гинекологической практике. Инфекционные осложнения развиваются у 5-10% пациенток, перенесших инструментальные вмешательства на органах женской репродуктивной системы. Их развитие сопровождается значительным удлинением сроков госпитализации и увеличением экономических затрат.

Несмотря на совершенствование мер инфекционного контроля, проблема инфекционных осложнений в послеоперационном периоде продолжает оставаться актуальной для практического здравоохранения. По данным статистики, инфекционные осложнения, к числу которых относятся раневая инфекция, флегмона и абсцесс в области малого таза, септический тромбофлебит вен малого таза, послеродовый эн-

дометрит, бактериемия, септический шок и др., сопровождают в среднем 5-10% оперативных вмешательств на органах женской репродуктивной системы (1, 2). Развитие инфекции существенно замедляет заживление в послеоперационном периоде, ухудшает состояние пациентов и прогноз заболевания, а также приводит к значительному увеличению затрат на лечение. Согласно литературным данным, возникновение инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) удлинит сроки госпитализации в среднем на 7-10 (до 20) суток и увеличивает затраты на лечение на 10-20% (3).

Риск развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде определяется целым рядом факторов. Наиболее значимыми считаются степень микробной обсемененности раны («чистая», «условно-чистая», «контаминированная» и «грязная»), особенности пациента и длительность оперативного вмешательства. По данным различных источников от

40 до 60% послеоперационных инфекционных осложнениях можно предотвратить.

Одним из ключевых мероприятий в предупреждении послеоперационных инфекционных осложнений в настоящее время является периоперационная антибиотикопрофилактика (АП). Под АП понимают предоперационное введение антибактериального препарата (препаратов) для снижения риска развития послеоперационной инфекции (4). Проведение адекватной АП способствует уменьшению длительности госпитализации, стоимости стационарного лечения и снижению распространенности резистентных штаммов микроорганизмов (2).

Известно, что риск развития послеоперационной инфекции возрастает при увеличении числа бактерий, контаминирующих поверхность раны. Так было показано достоверное возрастание риска развития ИОХВ при контаминации области хирургического вмешательства микроорганизмами в концентрации более 10^5 бактерий на 1 г ткани (5). Необходимо отметить, что АП является не попыткой стерилизации тканей, а четко спланированным мероприятием, направленным на снижение интраоперационной микробной контаминации до уровня, не превышающего возможностей защитных сил организма пациента.

Возбудителями большинства инфекций, развивающихся после оперативных или инвазивных лечебно-диагностических вме-

Наиболее оптимальной по фармакокинетическим параметрам и критериям безопасности формой доксициклина является доксициклин моногидрат, выпускаемый в форме диспергируемых таблеток Солютаб. Помимо лучшего профиля безопасности данная лекарственная форма обеспечивает наиболее высокую биодоступность и возможность выбора способа приема – таблетку можно принять целиком или приготовить суспензию.

шателств как правило является эндогенная флора кожи пациента, слизистых оболочек или полых органов. При выполнении разреза на коже высок риск контаминации тканей аэробными грам(+) кокками (преимущественно стафилококками), являющимися ее резидентной микрофлорой. В случае если операционное поле вовлекает паховую область и/или промежность возможна колонизация раны представителями кишечной микрофлоры (преимущественно семейства *Enterobacteriaceae* и/или анаэробами, например, *Bacteroides fragilis*) (5).

При выполнении манипуляций, затрагивающих слизистые половых путей и внутренние полости органов репродуктивного тракта, наибольшую этиологическую значимость приобретают бактерии или ассоциации бактерий, колонизирующих слизистые данных органов или вызывающих латентно протекающие инфекционные процессы (таблица 1). В ходе инвазивных манипуляций в полости матки, таких как гистеросальпингография, соногистерография, постановка ВМС, проведение биопсии эндометрия и кюретажа, возможно инфицирование восходящим путем эндометрия и фаллопиевых труб микроорганизмами из полости влагалища и цервикального канала. Нарушение микробиоценоза влагалища, проявляющееся замещением доминирующих в нормальной микрофлоре лактобактерий ассоциацией *Gardnerella vaginalis* и анаэробных бактерий, увеличивает риск развития вторичных инфекционных процессов после инвазивных манипуляций. Доминирующую роль в развитии тяжелых гнойно-деструктивных инфекций играют неспорообразующие анаэробы (бактероиды, фузобактерии, пептострептококки) (6).

Экзогенные источники возбудителей послеоперационной инфекции включают хирургический персонал, окружающую среду операционной (в т.ч. воздух) и все приспособления, инструмен-

ты и материалы, попадающие на стерильное поле во время операции. Экзогенная флора представлена преимущественно грам(+) кокками (стафилококки и стрептококки), ферментирующими (*E.coli*, *K.pneumoniae*) и неферментирующими (*P.aeruginosa*) палочками (5). Экзогенные возбудители инфекции как правило относятся к нозокомиальным возбудителям и характеризуются более высоким уровнем резистентности.

Таким образом, при оперативных и инвазивных инструментальных вмешательствах в акушерско-гинекологической практике, проводимая АП должна предупреждать развитие двух типов инфекционных осложнений: раневой инфекции, вызванной преимущественно грам(+) флорой кожных покровов, и инфекции, локализованной в органах и тканях, связанных с местом оперативного вмешательства. В этом случае антибактериальный препарат должен быть эффективен в отношении грам(-) бактерий и анаэробных микроорганизмов.

Обычно решение о проведении АП принимается врачом в пред-

перационном периоде исходя из класса хирургической раны для данной операции. АП показана при всех операциях, предусма-

При выполнении манипуляций, затрагивающих слизистые половых путей и внутренние полости органов репродуктивного тракта, наибольшую этиологическую значимость приобретают бактерии или ассоциации бактерий, колонизирующих слизистые данных органов или вызывающих латентно протекающие инфекционные процессы.

тривающих вскрытие полых органов в контролируемых условиях. При других вмешательствах вопрос о необходимости рутинного проведения АП остается спорным. По определению данная процедура не показана при операциях, классифицированных как «контаминированные» или «грязные», поскольку в этих условиях пациенты нуждаются не в профилактике, а в периоперационной антибиотикотерапии имеющейся инфекции (5).



Таблица 1. Эндогенная микрофлора, обладающая этиологической значимостью при инфекционных осложнениях инвазивных вмешательств в акушерско-гинекологической практике (17)

Аэробные грам(+) кокки	Анаэробные бактерии
зеленящие стрептококки	<i>Peptostreptococcus</i> spp.
стрептококки группы В	<i>Bacteroides fragilis</i>
энтерококки	<i>Prevotella bivia</i>
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Prevotella disiens</i>
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Fusobacterium</i> spp.
Аэробные грам(-) палочки	Внутриклеточные патогены
<i>Escherichia coli</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>Klebsiella</i> spp.	<i>Mycoplasma hominis</i>
<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
<i>Gardnerella vaginalis</i>	

Для достижения максимального эффекта при проведении АП следует придерживаться следующих основных правил (4, 5):

- АП следует проводить при операциях, для которых доказано снижение частоты развития инфекционных осложнений на фоне АП, либо при операциях, в результате которых возникновение инфекционных осложнений обычно приведет к тяжелым последствиям;
- для АП следует использовать безопасные и недорогие препараты, обладающие бактерицидным действием против наиболее вероятных контаминирующих микроорганизмов при данной операции;
- при проведении АП не следует стремиться к полной эрадикации бактерий; значительное уменьшение микробного числа обеспечивает достоверное снижение риска развития инфекции;
- путь введения антимикробного препарата (АМП) зависит от характера вмешательства; для госпитализированных пациентов предпочтительным является внутривенное введение, при амбулаторных вмешательствах могут использоваться пероральные антибиотики с высокой биодоступностью;
- сроки введения начальной дозы АМП должны быть выбраны таким образом, чтобы обеспечить достижение бактерицидной концентрации препарата в сыворотке и тканях к моменту разреза кожи и/или слизистой;
- следует поддерживать терапевтические уровни концентрации антимикробного препарата в сыворотке и в тканях во время всей операции и в течение нескольких часов после закрытия раны; *кратность введения* препарата определяется периодом его полувыведения; повторная доза вводится, если длительность операции превышает период полувыведения в 2 и более раз; время введения повторной дозы, как правило, соответствует двум периодам полувыведения;

- повторное введение антимикробного препарата через > 24 ч после операции не приводит к повышению эффективности АП;
- при кровопотере >1500 мл в течение операционного периода или гемодилюции >15 мл/кг рекомендуется введение повторной дозы АМП.

Несмотря на многообразие доступных на сегодняшний день АМП, только некоторые из них можно с успехом применять в качестве АП. При выборе антибактериального препарата для проведения АП следует руководствоваться следующими критериями (4, 5):

- спектр активности препарата должен включать наиболее частых возбудителей вероятных послеоперационных инфекций;
- АМП должен обладать благоприятным профилем безопасности (малотоксичный, невысокая частота нежелательных лекарственных реакций);
- препарат должен обладать соответствующим фармакокинетическим профилем (хорошее проникновение в ткани, период полувыведения после однократного введения должен быть достаточным для поддержания эффективной концентрации в крови и тканях в течение всей операции);
- препарат не должен взаимодействовать со средствами, используемыми для анестезии, особенно с миорелаксантами;
- препарат должен оказывать минимальное влияние на селекцию резистентных штаммов микроорганизмов;
- препарат должен иметь оптимальное соотношение стоимость/эффективность для проведения АП.

К настоящему времени накоплены результаты многочисленных рандомизированных клинических исследований, подтверждающих эффективность отдельных групп АМП при проведении АП. Более того, большинство подобных исследований суммированы в систематических обзорах и мета-анализах (7, 8, 9, 10).

В настоящее время в акушерской и гинекологической практике наиболее широкое распространение в качестве АП получили 4 группы АМП – ингибиторозащитные пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины и нитроимидазолы.

ИНГИБИТОРОЗАЩИТНЫЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ (ИЗП)

Наличие ингибиторов бета-лактамаз (клавулановая кислота, сульбактам) в составе ИЗП позволяет преодолеть резистентность прежде всего грам(-) аэробных бактерий, пенициллинорезистентных стафилококков, а также большинства анаэробов. Наибольший опыт использования в качестве АП накоплен для препарата амоксициллин/клавуланат, который рекомендуется в качестве препарата выбора многими национальными рекомендациями. Амоксициллин/клавуланат отвечает большинству требований, предъявляемых к препаратам для проведения АП. Прежде всего он обладает высокой активностью в отношении как грам(+), так грам(-) бактерий и анаэробов.

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ

Другой группой, широко используемой при АП в акушерско-гинекологической практике, являются цефалоспорины. Необходимо помнить, что цефалоспорины – гетерогенная группа АМП, отдельные представители которой объединяются в IV поколения, отличающиеся как по спектру активности, так и по фармакокинетическим характеристикам. Антибиотики данной группы обладают активностью в отношении грам(+) кокков, колонизирующих кожные покровы, а также грам(-) палочек, входящих в состав кишечной и влагалищной микрофлоры (цефалоспорины II-IV поколений), и имеют приемлемые фармакокинетические свойства. Существенным недостатком цефалоспоринов является отсутствие клинически значимой антианаэробной активности, что обуславливает необходимость применять их в комбинации с препаратами

группы нитроимидазолов или клиндамицином. Другим недостатком является низкая активность цефалоспоринов в отношении энтерококков.

ТЕТРАЦИКЛИНЫ

Среди этой группы антибиотиков для АП в настоящее время используется только доксициклин. Данный препарат обладает активностью прежде всего в отношении грам(+) кокков, некоторых анаэробных микроорганизмов, отдельных грам(-) бактерий, что позволяет использовать его при АП без комбинации с другими антибиотиками. Существенным преимуществом препарата является его активность в отношении внутриклеточных патогенов (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы), которые могут играть важную роль в развитии воспалительных процессов органов женского репродуктивного тракта, в том числе в послеоперационном периоде.

При использовании доксициклина необходимо помнить о том, что существуют различные лекар-

ственные формы и соли этого антибиотика. Применение доксициклина в виде капсул сопровождается более высоким риском развития эрозий пищевода. Указанный риск возрастает, если пациент после приема препарата находится в горизонтальном положении и не запивает антибиотик достаточным количеством жидкости, что может иметь место во время проведения лечебно-диагностических процедур в акушерстве и гинекологии. Наиболее оптимальной по фармакокинетическим параметрам и критериям безопасности формой препарата является доксициклина моногидрат, выпускаемый в форме диспергируемых таблеток Солютаб. Помимо лучшего профиля безопасности данная лекарственная форма обеспечивает наиболее высокую биодоступность и возможность выбора способа приема – таблетку можно принять целиком или приготовить суспензию.

НИТРОИМИДАЗОЛЫ

Основной причиной назначения данных препаратов является

их выраженная антианаэробная активность. В ходе клинических исследований показана высокая эффективность использования метронидазола, а в ходе ряда исследований и тинидазола в составе комбинированной АП в периперационном периоде.

ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРОВЕДЕНИЯ АП

Основными показаниями к проведению АП в акушерско-гинекологической практике являются выполнение гистерэктомии абдоминальным или вагинальным доступом, операция кесарева сечения и искусственное прерывание беременности. Рекомендуемые режимы профилактического применения антибиотиков при данных нозологических формах представлены в таблице 2.

Далее пойдет речь о наиболее частых инвазивных вмешательствах в амбулаторной практике, которые



Таблица 2. Режимы АП при различных видах вмешательств в акушерско-гинекологической практике (1, 4 с изменениями)

Вид оперативного вмешательства	Рекомендуемый препарат	Доза ¹
Вагинальная или абдоминальная гистерэктомия	амоксциллин/клавуланат	1,2 г в/в
	цефазолин + метронидазол	1,0 г + 0,5 г в/в
	ампициллин/сульбактам	1,5 г в/в
	клиндамицин (метронидазол) + гентамицин (ципрофлоксацин)	0,6 г (0,5 г) в/в + 0,08 г (0,5 г) в/в
Кесарево сечение, группа высокого риска ²	амоксциллин/клавуланат	1,2 г в/в
	цефазолин + метронидазол	1,0 г + 0,5 г в/в
	ампициллин/сульбактам	1,5 г в/в
Гистеросальпингография ³	доксициклин	0,1 г внутрь 2 р/д в течение 5 дней
Искусственное прерывание беременности	доксициклин	0,1 г внутрь за 1 ч до вмешательства и 0,2 г после вмешательства
	метронидазол	0,5 г внутрь 2 р/д в течение 5 дней

¹ Парентеральные антибиотики вводятся в виде одной дозы за 30-60 мин до начала операции (при кесаревом сечении сразу после пережатия пуповины).

² Стимуляция родов или преждевременный разрыв плодного пузыря.

³ При дилатации фаллопиевых труб.

Необходимость проведения антибиотикопрофилактики при искусственном прерывании беременности не вызывает сомнений. По данным литературных источников, периоперационное применение антибиотиков позволяет снизить частоту послеабортных эндометритов в 2 раза и способствует сохранению репродуктивной функции пациенток.

могут рассматриваются в качестве показаний для АП.

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Необходимость проведения антибиотикопрофилактики при искусственном прерывании беременности не вызывает сомнений. По данным литературных источников, периоперационное применение антибиотиков позволяет снизить частоту послеабортных эндометритов в 2 раза и способствует сохранению репродуктивной функции пациенток.

В ходе мета-анализа 11 плацебо-контролируемых исследований суммарный относительный риск развития инфекции верхних отделов репродуктивной системы у женщин, получавших АП, составил 0,58 (95%, доверительный интервал 0,47-0,71), что соответствует 42% снижению риска развития указанных осложнений (3,11).

Выбор оптимального препарата и режима дозирования антибиотиков при данном вмешательстве до сих пор остается предметом изучения. Одним из наиболее эффективных и экономически приемлемых режимов АП является применение доксициклина. Так в ходе проспективного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования эффективности антибиотикопрофилактики при искусственном прерывании беременности, включавшего 999 пациенток, было показано снижение частоты развития инфекционных осложнений с 3 до 0,4% при использовании доксициклина в дозе 300 мг ($p=0,001$) (12). В ходе другого исследования с аналогичным

дизайном, включавшего 800 пациенток, профилактическое назначение доксициклина в дозе 400 мг позволило снизить частоту развития воспалительных заболеваний органов малого таза с 6,2 до 2,1% ($p<0,01$) (13).

Согласно современным рекомендациям доксициклин назначается внутрь в дозе 100 мг за 1 час до вмешательства и 200 мг – после вмешательства (таблица 2).

При анализе использования АМП в качестве АП в Российской Федерации при прерывании беременности установлено, что наиболее часто назначаемыми классами антибактериальных препаратов были нитроимидазолы (28,4%), пенициллины (20,7%, в том числе ингибиторозащищенные – 1,2%), аминогликозиды (17,9%). Другие классы антибиотиков назначались существенно реже: цефалоспорины – 7,7%, тетрациклины – 7,1%, фторхинолоны – 1,5%, макролиды – 0,9%, линкозамиды – 0,6%. Таким образом, рациональный выбор препарата имел место только в 36% случаев. Другой частой ошибкой являлось длительное (в среднем 5,5 дней) назначение антибиотиков (14).

ГИСТЕРОСКОПИЯ, ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ, СОНОГИСТЕРОГРАФИЯ

Гистеросальпингография проводится для оценки состояния фаллопиевых труб при подозрении на бесплодие, обусловленное их патологией. Развитие инфекционных процессов в малом тазу после выполнения данной процедуры является относительно редким (1,4-3,4%), но потенциально тяжелым

осложнением у данной категории пациенток. При наличии расширения фаллопиевых труб на момент выполнения гистеросальпингографии риск развития инфекционных осложнений значительно повышается, достигая 11%, причем по данным ряда исследований возникновение подобных осложнений возможно исключительно в условиях расширения фаллопиевых труб (1).

Согласно современным рекомендациям, при отсутствии в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза проведение АП при гистеросальпингографии не показано. Если в ходе исследования будет выявлена дилатация фаллопиевых труб, целесообразным считается проведение курса терапии доксициклином в дозе 100 мг 2 раза в день в течение 5 дней (1). При наличии в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза первая доза доксициклина может назначаться перед процедурой с последующим продолжением терапии, если выявлена дилатация фаллопиевых труб.

В настоящее время накоплено недостаточно данных для того, чтобы достоверно оценить риск развития инфекционных осложнений при выполнении соногистерографии и сформировать обоснованное заключение касательно необходимости проведения АП при данной процедуре. В то же время общность техники выполнения позволяет до некоторой степени ориентироваться на рекомендации по проведению АП при гистеросальпингографии. В целом вопрос о необходимости профилактического назначения антибиотиков должен решаться индивидуально с учетом особенностей состояния и анамнеза пациентки, рутинное проведение АП не рекомендуется.

Гистероскопия относительно редко сопровождается развитием инфекционных осложнений, (0,18-1,5%) в силу чего рутинное проведение АП при данной процедуре не рекомендуется (1).



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

ПОСТАНОВКА ВМС, БИОПСИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

ВМС относятся к числу высокоэффективных контрацептивных средств, однако их использование сопровождается повышением риска развития инфекционных осложнений как правило в течение первых недель-месяцев с момента постановки. Считается, что основной причиной развития осложнений является контаминация эндометрия в процессе данной процедуры. В то же время в ходе мета-анализа опубликованных клинических исследований не было показано положительного эффекта от проведения АП при постановке ВМС (15). Отсутствие доказательных данных об эффективности АП не позволяет рекомендовать рутинное введение антибиотиков перед постановкой ВМС, а также перед выполнением биопсии эндометрия (1).

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Помимо таких осложнений как ИОХВ, инфекции органов репродуктивной системы и малого таза, инвазивные вмешательства

в акушерско-гинекологической практике могут сопровождаться транзиторной бактериемией, которая в свою очередь у отдельных категорий пациенток может привести к возникновению инфекционного эндокардита. Хотя эффективность профилактики инфекционного эндокардита до конца не подтверждена, большинство авторитетных источников рекомендуют ее проведение у пациенток из группы высокого риска.

К факторам высокого риска развития инфекционного эндокардита относятся протезированные клапаны сердца, инфекционный эндокардит в анамнезе, тяжелая врожденная патология сердца (например, тетрада Фалло), сформированные хирургическим путем системные легочные шунты и т.п. (16).

АП бактериального эндокардита не показана пациенткам, подвергающимся биопсии шейки матки и постановке/удалению ВМС в отсутствие манифестной инфекции органов репродуктивной системы. При наличии инфекционного процесса на момент удаления ВМС профилактическое введение антибиотиков

по мнению ряда авторов может быть целесообразным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АП является одним из основных путей предотвращения инфекционных осложнений после операционных и инвазивных инструментальных вмешательств в акушерско-гинекологической практике. Накоплены убедительные доказательства высокой эффективности и экономической целесообразности проведения АП при операции кесарева сечения, гистерэктомии, искусственном прерывании беременности. Для АП при прерывании беременности наиболее оправдано использование доксициклина моногидрата.

В то же время такие процедуры как постановка ВМС и биопсия эндометрия, не являются показанием к профилактическому применению антибиотиков.

У ряда пациенток из группы высокого риска при инвазивных вмешательствах на органах репродуктивной системы целесообразно профилактическое применение АМП с целью предупреждения инфекционного эндокардита. 

Список литературы:

- ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin No. 74. Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstet. Gynecol.* 2006; 108(1): 225-234.
- Петров В.И., Ершов Г.В., Ковалева Ю.С. и др. Особенности периоперационного применения антимикробных средств в гинекологической практике: результаты фармакоэпидемиологического исследования. *Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер.* 2003; 5(3): 285-292.
- Guidelines on Prevention and Control of Hospital Associated Infections. World Health Organization, 2002. 50 p.
- Практическое руководство по антиинфекционной терапии. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н., ред. Смоленск, 2007.
- The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* 1999; 20(4): 247-278.
- Омельяновский В.В., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Основные принципы антибиотикопрофилактики в гинекологии. *Вестн. РААГ* 1999; 3: 90-94.
- Smaill F, Hofmeyr G.J. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD000933. DOI: 10.1002/14651858.CD000933.
- Chongsomchai C., Lumbiganon P., Laopairoon M. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD004904.
- Liabsuetrakul T., T Choobun, K Peeyanajarassri, M Islam. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004455.
- Hopkins L., Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 2. Art. No.: CD001136. DOI: 10.1002/14651858.CD001136.
- Sawaya G.F., Grady D., Kerlikowske K., Grimes D.A. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* 1996; 87(5 Pt 2): 884-890.
- Levallois P., Rioux J.E. Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: results of a clinical controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1988; 158(1): 100-105.
- Darj E., Strålin E.B., Nilsson S. The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. *Obstet. Gynecol.* 1987; 70(5): 755-758.
- Чилова П.А. Оптимизация антимикробной терапии и периоперационной антибиотикопрофилактики инфекций у беременных. Дисс. д.м.н., Москва, 2006 г.
- Grimes D.A., Schulz K.F. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metaanalysis of the randomized controlled trials. *Contraception* 1999; 60(2): 57-63.
- Dajani A.S., Taubert K.A., Wilson W., et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. *JAMA* 1997; 277: 1799-1801.
- Maclean A.B. *Clinical Infection in Obstetrics and Gynaecology*. Blackwell Scientific Publications, 1995.

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>

П.В. БУДАНОВ,
К.М.Н., доцент
ММА им. И.М. Сеченова

Оптимизация лечения больных с воспалительными заболеваниями придатков матки

Несмотря на несомненные достижения науки и практики в борьбе с инфекцией, проблема лечения воспалительных заболеваний женских половых органов остается актуальной. Многообразие вариантов клиники, диагностики и тактики лечения позволяет отнести эти процессы к наиболее сложным заболеваниям в гинекологии.

Воспалительные заболевания половых органов, составляющие по данным различным авторов 60-65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных больных, представляют собой одну из основных медицинских проблем и оказывают существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста (2, 9, 10, 13, 14). За последние годы во всех странах мира отмечено увеличение числа воспалительных заболеваний гениталий на 13% в общей популяции женщин репродуктивного периода и на 25% у женщин с ВМК, причем в три раза увеличилась частота тубо-овариальных образований, и их доля в структуре всех форм воспаления гениталий составила 27% (9, 14).

Придавая большое значение про-
воцирующим факторам и факторам

риска, роль самого микробного агента в развитии воспалительных заболеваний половых органов является определяющей (1, 3).

Анализ результатов многочисленных бактериологических исследований в гинекологии, произведенных за последние 50 лет, выявил смену возбудителей этих заболеваний за эти годы (1, 3, 5, 10).

Аэробы, грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы, чаще определяются в виде различных по составу микробных ассоциаций и значительно реже – монокультур; факультативные и облигатные анаэробы присутствуют изолированно или в составе с аэробными возбудителями (7).

При острых воспалительных заболеваниях придатков матки у 96,7% больных выявляются преимущественно полимикробные ассоциации, в которых доминирующая роль (73,3%) принадлежит условно-патогенным микроорганизмам (кишечная палочка, энтерококк, эпидермальный стафилококк) и анаэробам-бактероидам. Среди других микроорганизмов (26,7%) были выявлены хламидии (12,1%), микоплазмы (9,2%), уреоплазмы (11,6%), гарднереллы (19,3%), ВПП (6%) (2).

Роль вирусов в гнойном воспалении внутренних половых органов опосредована. До сих пор действие их остается недостаточно ясным и связывается в основном с иммунодефицитом, а именно с дефицитом интерферонов (14).

Воспаление придатков матки на протяжении многих лет занимает первое место в структуре гинекологических заболеваний и, несмотря на совершенствование методов лечения сальпингоофоритов, не имеет тенденции к снижению. Подобная ситуация обусловлена, главным образом, резким увеличением частоты инфекций, передаваемых половым путем. Специфические инфекции являются основной причиной бесплодия и одним из ведущих факторов невынашивания беременности (16, 17). Этиологическая структура воспалительных заболеваний половых органов женщины крайне разнообразна. Спектр возбудителей включает в себя десятки видов всех классов микроорганизмов – бактерии, вирусы, простейшие и грибы.

В последние годы наряду с повышением общей частоты сальпингоофоритов возросло число их стертых (латентных) форм, в клинике которых преобладают слизистогнойные или творожистые бели, умеренные боли, локализованные в нижних отделах живота, скудные ациклические маточные кровотечения, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Причем каждый из указанных симптомов может иметь самостоятельное значение или сочетаться лишь с од-

Вобэнзим уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом гормональных препаратов, Вобэнзим регулирует механизмы неспецифической защиты (выработка интерферонов), тем самым, проявляя противовирусное и противомикробное действие. Вторичное анальгезирующее действие Вобэнзима проявляется через воздействие на причинные факторы острого воспалительного процесса.

ним признаком воспаления. В подобных ситуациях, как правило, не возникает необходимость в стационарном лечении, однако латентные формы сальпингоофоритов опасны не менее гнойных процессов, потому что из-за неадекватной терапии эти формы легко переходят в рецидивирующее течение, сопровождающиеся нарушениями анатомии в малом тазу (формирование плотных сращений, гидросальпинкса) и развитием хронической тазовой боли (3, 13, 14).

Осложненные формы гнойно-септических заболеваний в гинекологии – тяжелая патология. Несмотря на небольшую долю в структуре воспалительных заболеваний гениталий (около 5-7%), они приводят не только к потере специфических функций женского организма, но и к инвалидизации больных. Наиболее частой причиной развития абсцессов в области малого таза являются различные внутриматочные вмешательства (аборты, диагностическое выскабливание, гистероскопия), внутриматочные контрацептивы (46%), роды (53%).

В связи с широким повсеместным использованием антибиотиков и длительным использованием внутриматочной контрацепции отмечено возрастание роли грибов в развитии гнойного процесса (17). Грибы очень трудно культивируются и обычно ассоциируются с другими аэробными и анаэробными микроорганизмами, при этом точная роль актиномицетов в формировании абсцесса остается неясной. Одним из главных моментов в патогенезе воспалительного процесса является симбиоз патогенов (1, 3).

Второй по частоте (20-33%) причиной гнойного воспаления в малом тазу являются осложнения предыдущих операций. При этом провоцирующим фактором могут являться любые гинекологические вмешательства (включая лапароскопические) и особенно паллиативные и нерадикальные хирургические операции при гнойных заболеваниях придатков матки (4).

Таким образом, концепция этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний в гинекологии включает:

- гноеродную микрофлору любой генитальной локализации, которая носит преимущественно ассоциативный характер, при этом грамотрицательные и анаэробные микроорганизмы являются основными деструктивными факторами; в то же время гонококк как возбудитель гнойного процесса в трубах и реже в матке и яичнике не только не утратил своего значения, но и повысил степень своей агрессии за счет сопутствующей микрофлоры, и в первую очередь ИППП;

- прогрессирование нагноения и последующей деструкции тканей на фоне активной антибактериальной терапии, поэтому при воспалительном процессе гениталий той или иной локализации степень и выраженность интоксикации, равно как и возможность развития септических осложнений, значительно возрастает ввиду повышающейся вирулентности и резистентности микрофлоры;

- недостаточность иммунной системы у больных с гнойными заболеваниями органов малого таза, которая является следствием не только тяжелого воспалительного процесса и длительного лечения, но и во многих наблюдениях причиной новых рецидивов, обострений и более тяжелого течения послеоперационного периода.

В основе успешного исхода лечения лежат хирургический и медикаментозный компоненты, причем их всегда необходимо рассматривать только как единое целое. Выбор метода, доступа и объема хирургического вмешательства всегда индивидуален, но в любом случае основной его принцип – радикальное удаление очага деструкции, по возможности атравматичное вмешательство, адекватная санация и дренирование брюшной полости, правильно подобранная интенсивная терапия и последующая реабилитация (2, 3, 4).

Неадекватная оценка тяжести течения инфекционного процесса и неправильная разработанная стратегия терапии приводят к развитию аутоиммунной патологии и хронизации воспалительных заболеваний (16).

В современных условиях, когда возрастает значимость амбулаторно-поликлинического лечения, полностью оправдан поиск новых методов лечения больных воспалительными заболеваниями гениталий. При этом должна преследоваться главная цель – достижение таких же условий эффективности, какие обеспечивает стационар. Однако не следует подменять ста-

Системная энзимотерапия была внедрена в клиническую практику 40 лет назад. В последнее время в нашей стране она начинает приобретать все большую популярность. Кэнтеральным формам протеолитических ферментов относится, в частности, препарат Вобэнзим, обладающий противоотечным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.

ционарное лечение амбулаторным. Напротив, нужно заменить обоснованное стационарное лечение поликлиническим. Для этого, прежде всего, целесообразно выделить группы больных воспалительными заболеваниями придатков матки, лечение которых может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях без снижения его эффективности.

В настоящее время существует множество различных антибактериальных препаратов, используемых при воспалительных заболеваниях половых органов у женщин, однако их эффективность остается низкой, поэтому проблема поиска новых препаратов и схем лечения остается весьма актуальной (6, 8, 11, 15).

Залогом успеха лечения больных воспалением придатков матки в амбулаторно-поликлинических условиях следует признать использование комплексного лечения и реабилитации, позволяющей снизить хронизацию процесса, частоту таких отдаленных осложнений как формирование тазовых перитонеальных спаек, внематочной беременности и бесплодия.

Воспалительные заболевания вне зависимости от этиологии сопровождаются выраженными явлениями

дисбактериоза, который усугубляется использованием антибактериальных препаратов, а у каждой второй пациентки происходит аллергия организма, что снижает эффективность и ограничивает применение антибактериальных препаратов.

Системная энзимотерапия была внедрена в клиническую практику 40 лет назад. В последнее время в нашей стране она начинает приобретать все большую популярность. К энтеральным формам протеолитических ферментов относится, в частности, препарат Вобэнзим, обладающий противовоспалительным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.

Вобэнзим является комбинированным препаратом и представляет собой сочетание высокоактивных ферментов растительного и животного происхождения. Оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, фибринолитическое, антиагрегантное и вторичное анальгезирующее действие.

Вобэнзим оказывает положительное воздействие на ход воспалительного процесса, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Стимулирует и регулирует функциональную активность моноцитов-макрофагов, естественных киллерных клеток, стимулирует противоопухолевый иммунитет, цитотоксические Т-лимфоциты, фагоцитарную активность клеток.

Под воздействием Вобэнзима снижается количество циркулирующих иммунных комплексов и происходит выведение мембранных депозитов иммунных комплексов из тканей.

Вобэнзим уменьшает инфильтрацию интерстиция плазматическими клетками. Повышает элиминацию белкового детрита и депозитов фибрина в зоне воспаления, ускоряет лизис токсических продуктов обмена веществ и отмирающих тканей; улучшает рассасывание гематом и отеков; нормализует проницаемость стенок сосудов. Вобэнзим снижает концентрацию тромбосана и агрегацию тромбоцитов. Регулирует адгезию клеток крови, повышает способность эритроцитов изменять свою форму, регулируя их пластичность; нормализует число нормальных дискоцитов (эритроциты) и уменьшает общее число активированных форм тромбоцитов, нормализует вязкость крови, снижает общее число микроагрегантов, таким образом, улучшая микроциркуляцию и реологические свойства крови, а также снабжение тканей кислородом и питательными веществами. Вобэнзим нормализует липидный обмен, снижает синтез эндогенного холестерина, повышает содержание липопротеинов высокой плотности, снижает уровень атерогенных липидов, улучшает всасывание полиненасыщенных жирных кислот.

Вобэнзим повышает эффективность антибиотикотерапии, увеличивая концентрацию антибиотиков в плазме крови и очаге воспаления, а также уменьшает побочные эффекты антибиотиков.

Вобэнзим уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом гормональных препаратов, Вобэнзим регулирует механизмы неспецифической защиты (выработка интерферонов), тем самым, проявляя противовирусное и противомикробное действие. Вторичное анальгезирующее дей-

ствие Вобэнзима проявляется через воздействие на причинные факторы острого воспалительного процесса.

В основу данной работы положен анализ клинических наблюдений за 80 больными воспалением придатков матки в возрасте от 32 до 52 лет, получавших амбулаторное лечение.

Средний возраст обследованных женщин составил $40,06 \pm 5,86$ лет. Необходимо отметить, что большинство из них – 47 (58,75%) находились в репродуктивном периоде, 33 (41,25%) – в пременопаузальном периоде.

При изучении особенностей менструальной функции установлено, что средний возраст наступления менархе составил $13,08 \pm 1,24$ лет. Наиболее часто менструация наступала в возрасте 13-14 лет – 75%. До 12 лет менархе отмечалось у 13 (16,25%) женщин, а после 15 лет – у 7 (8,75%).

Продолжительность менструального цикла у большинства больных в среднем составила $27,43 \pm 2,68$ дней, у 7 (8,75%) пациенток отмечался укороченный (меньше 21 дня) менструальный цикл, удлинённый (больше 35 дней) отмечен у 4 (5%). Во всех наблюдениях менструальный цикл был регулярным.

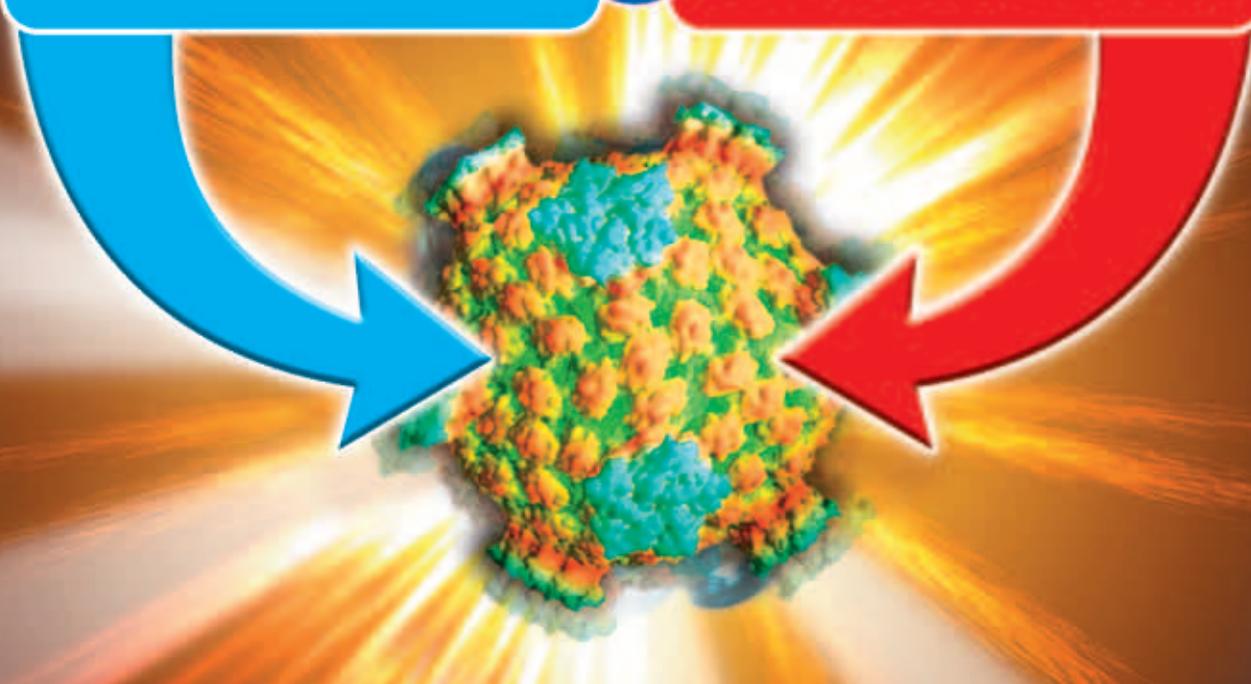
Длительность менструального кровотечения в среднем составила $5,46 \pm 2,56$ дней, у 16 (20%) пациенток отмечено удлинение менструаций (свыше 7 дней), а у 4 (5%) – их укорочение (до 2 дней).

Средний возраст начала половой жизни составил $18,21 \pm 0,57$ лет. При этом ее раннее начало (14-17 лет) отмечено в 33,3% наблюдений. К моменту обследования 96,6% женщин вели регулярную половую жизнь, а 13,3% пациенток указывали на наличие двух и более половых партнеров.

При изучении репродуктивной функции обнаружено, что одну и более беременностей имели 67 женщин: 3 (3,75%) – одну беременность, а 64 (80%) – несколько. 59 (73,75%) женщин предохранялись от нежелательной беременности с помощью внутриматочных контрацептивов. У 56 (70%) пациенток беременности заканчивались рода-

Вобэнзим оказывает положительное воздействие на ход воспалительного процесса, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Стимулирует и регулирует функциональную активность моноцитов-макрофагов, естественных киллерных клеток, стимулирует противоопухолевый иммунитет, цитотоксические Т-лимфоциты, фагоцитарную активность клеток.

Антибиотики + Вобэнзим



ДВОЙНОЙ УДАР ПО ИНФЕКЦИИ

- Активизирует иммунную систему, стимулирует выработку интерферонов
- Увеличивает эффективность антибиотиков и их концентрацию в очаге воспаления
- Уменьшает токсичность антибиотиков и выраженность побочных эффектов
- Поддерживает биоценоз кишечника и улучшает процессы переваривания
- Снижает риск заболеваний и осложнений



Один препарат **5** действий

С.-Петербург (812) 315-9585
Москва (495) 231-2731
Ростов-на-Дону (863) 244-1645
Самара (846) 273-3463



Новосибирск (913) 945-2008
Владивосток (4332) 22-0126
Н. Новгород (8312) 91-8049
www.mucos.ru

Таблица 1. Результаты бактериологического исследования содержимого цервикального канала при сальпингофорите

Тип возбудителя	Количество обследованных больных
<i>St.aureus, epidermidis</i>	12 (15%)
<i>E.coli</i>	6 (7,5%)
<i>Str. pyogenes, viridans</i>	18 (22,5%)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	3 (3,75%)
<i>Bacteroides fragilis</i>	9 (11,25%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	3 (3,75%)
<i>Enterococcus</i>	6 (7,5%)
<i>Gargnerella vaginalis</i>	9 (11,25%)
<i>Candida albicans</i>	6 (7,5%)
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	6 (7,5%)
<i>Peptostreptococcus intermedius</i>	15 (17,86%)

ми, у 61 (76,25%) женщин выполнен искусственный аборт. Наличие в анамнезе внематочной беременности установлено у 8 (10%) больных.

Изучение характера телосложения, произведенное с учетом индекса массы тела (ИМТ = масса (кг)/рост (м²)), показало, что избыточную массу тела имели 40% больных.

Большинство пациенток в прошлом перенесли различные экстрагенитальные заболевания как в детском, так и репродуктивном возрасте. При этом отмечено сочетание двух или нескольких нозологий. Среди перенесенных гинекологических заболеваний наиболее часто встречались воспалительные процессы матки и ее придатков. При этом ранее сальпингофорит диагностирован у 38 (47,5%) обследованных пациенток. Псевдоэрозия шейки матки в анамнезе отмечена у 14 (17,5%) пациенток.

Хирургическое лечение в прошлом выполнено 15 (18,75%) пациенткам: в 7 (8,75%) наблюдениях по поводу опухолей и опухолеподоб-

ных образований яичников в объеме резекции яичников, в 8 (10%) – по поводу нарушенной трубной беременности (тубэктомия).

Комплекс диагностических мероприятий составил: детальное клиническое исследование с изучением анамнеза, особенностей менструальной и репродуктивной функций; катamnестическое наблюдение в течение 1 года; трансвагинальное ультразвуковое сканирование; бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала. Варианты проведенного лечения привели к разделению больных на две группы. В первую группу вошли 36 женщин, получавших только антибактериальную и симптоматическую терапию. Вторую группу (44 больных) составили пациентки, принимавшие Вобэнзим одновременно с началом антибактериальной терапии.

Длительность основного заболевания во всех исследуемых группах колебалась от нескольких часов до нескольких дней. Основными кли-

ническими проявлениями воспаления придатков матки были боли различной интенсивности, локализованные в нижних отделах живота (100%), лихорадка фебрильного и гипертермического типов (60%), нарушения менструальной функции по типу метrorрагии (32,5%), дизурические расстройства (26,25%). Острое начало заболевания отмечено у 53 (66,25%) больных.

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта отмечено у 15 (18,75%) больных. Нарушения проявлялись в болезненной перистальтике, тенезмах, запорах, диарее, тошноте и рвоте, болями при дефекации.

При изучении морфологии крови наличие острофазовых показателей (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ, гиперглобулинемия) выявлено у 80 (100%) женщин, в клиническом анализе мочи у 12 (40%) больных первой группы и у 14 (46,66%) – второй группы.

Бактериологическое исследование проводилось всем пациенткам. Микробный спектр выделенных возбудителей отличался многообразием – факультативные анаэробы: энтеробактерии, энтерококки, стрептококки, стафилококки, гарднереллы; облигатные анаэробы: бактероиды, пептострептококки; аэробы: ацетобактерии; грибы рода *Candida* (таблица 1). Бактериальный рост получен в 70,57% исследований.

Факультативные анаэробы и аэробы присутствовали в 46,07% наблюдений, облигатные анаэробы – в 36,61%, грибы *Candida* – в 7,5%.

Наиболее часто встречались *Str. pyogenes, viridans* (22,5%), *Peptostreptococcus intermedius* (17,86%), *St.aureus, epidermidis* (15%), *Bacteroides fragilis* (11,25%), *Gargnerella vaginalis* (11,25%, высеивалась только в ассоциациях с другими микроорганизмами). Проведенные исследования показали, что у каждой третьей пациентки бактериальный рост отсутствовал. Среди этих больных в процессе обследования были обнаружены различные инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

Осложненные формы гнойно-септических заболеваний в гинекологии – тяжелая патология. Несмотря на небольшую долю в структуре воспалительных заболеваний гениталий (около 5-7%), они приводят не только к потере специфических функций женского организма, но и к инвалидизации больных. Наиболее частой причиной развития абсцессов в области малого таза являются различные внутриматочные вмешательства (аборты, диагностическое выскабливание, гистероскопия), внутриматочные контрацептивы, роды.

Почти в половине наблюдений имелись различные ассоциации микроорганизмов, максимально до четырех в одном посеве.

Чувствительность к антибактериальным препаратам изучена у всех штаммов микроорганизмов, выделенных при исследовании.

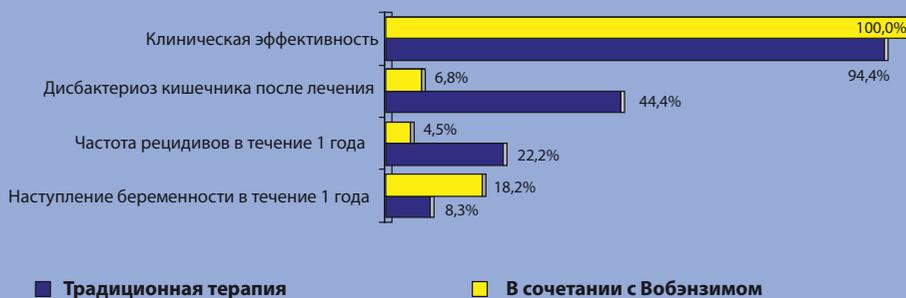
Выбор антибактериального препарата осуществлялся с учетом чувствительности возбудителя, удобства применения и возможностью перорального приема.

Пациентки второй группы, кроме комплексного этиотропного лечения воспаления придатков матки, одновременно с началом медикаментозной терапии получали Вобэнзим по схеме: 7 драже 3 раза в день в течение 2-х месяцев, курсовая доза составила 1200 драже. Препарат хорошо переносился больными, побочных эффектов, потребовавших отмены препарата не наблюдалось.

Патогенетическим обоснованием применения полиферментного препарата Вобэнзим явилось его противовоспалительное, антипролиферативное, иммуномодулирующее, анальгезирующее действия. Эффективность использования сопоставлялась с традиционной терапией. Сравнительный анализ базировался на данных клинического, эхографического и бактериологического исследований с учетом результатов в течение 1 года.

В первой группе пациентов адекватный эффект применения антибиотиков в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами не был достигнут у двух пациенток (5,5%), что потребовало

Рисунок 1. Сравнительная эффективность включения энзимотерапии в комплекс лечения больных острым сальпингофоритом



лечения в стационаре. Среди женщин, получавших в составе терапии Вобэнзим, клиническая эффективность составила 100% (рисунок 1).

Кроме того, на фоне применения Вобэнзима отмечено более быстрое купирование болевого синдрома, функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта: в среднем, к 3-4 суткам лечения, тогда как традиционная терапия достигала субъективных результатов к 4-6 суткам лечения. Показатели микробиологической эффективности прямо коррелировали с клиническим эффектом.

Назначение антибактериальной терапии приводило к развитию дисбактериоза кишечника у 44,4% больных первой группы. Использование энзимотерапии позволило в 6,5 раза уменьшить риск развития дисбактериоза кишечника.

Наблюдение за женщинами в течение одного года после проведенного лечения позволило установить, что сочетание традиционного лечения больных острым сальпингофоритом с назначением поли-

ферментных препаратов позволяет снизить частоту рецидивирования воспалительных заболеваний почти в 5 раз. После применения энзимотерапии отмечено в 2,2 раза более частое наступление беременности, что позволяет предположить оптимизацию процессов пролиферации и репарации инфекционного процесса, приводящую к восстановлению анатомической и функциональной полноценности тканей.

Таким образом, отсутствие побочных реакций от применения Вобэнзима, более быстрое купирование субъективных симптомов придают энзимотерапию высокую комплаентность. Включение Вобэнзима в состав терапии воспалительных заболеваний половых органов у женщин повышает эффективность лечения и составляет важную часть противорецидивной терапии, позволяющей сохранить репродуктивную функцию. Профилактика развития дисбактериоза кишечника на фоне энзимотерапии составляет основу сохранения общей резистентности организма.

Список литературы:

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Баев О.Р., Буданов П.В. Генитальные инфекции. М.: Издательский дом «Династия», Москва, 2003, с. 140.
2. Зуев В.М. Некоторые вопросы патогенеза, диагностика и комплексная терапия женщин с воспалительными процессами и доброкачественными новообразованиями органов репродуктивной системы. Автореф. дисс. докт. мед. наук, Москва, 1998, с. 58.
3. Кисина В.И., Канищева Е.Ю. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и связь их с инфекциями, передаваемыми половым путем. Часть 1. Этиология, патогенез. Вест. дермат. и венерол., 2002; 3, с. 25-30.
4. Краснопольский В.И. Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Москва: МЕДпресс, 2001, с. 8.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. Москва: МЕДпресс, 1999, с. 233.
6. Падейская Е.Н. Профилактика, диагностика и фармакотерапия некоторых инфекционных заболеваний: Лекции для практического врача. Москва, 2002, с. 64-73.
7. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 1993, с. 47.
8. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Москва, Боргес, 2002, с. 276.
9. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин. Москва, Медицина, 1987, с. 158.
10. Савельева Г.М., Серов В.Н., Кулаков В.И. Объединенный пленум правлений Всероссийского научного общества акушеров-гинекологов: Тезисы докладов. Москва, 1999, с. 5-11.
11. Сметник В.П., Гуртовая Н.Б. Принципы лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки (обзор литературы). Межд. реф. журн. 1989, № 4.
12. Яковлев В.П., Яковлев С.В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Литера, 2003.
13. Gardo S. Inflammation of the pelvis minor. Orv. Hetil. 1998. Vol. 139 (36). P. 2115-2120.
14. Kottmann L.M. Pelvic inflammatory disease: clinical overview. J. Obstet. Gynec. Neonatal. Nurs. 1995. Vol. 24. P. 759-767.
15. Milo G., Katchman E.A., Paul M. et al. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18; (2):CD004682.
16. Sary A. European guidelines for management of Chlamydial infection. Int. J. of STD and AIDS. 2001. V. 12 (Suppl. 3). P. 30-34.
17. William M.G. Approaches to the management of uncomplicated genital Chlamydia trachomatis infections. Expert Review of Anti-infective Therapy. Oct. 2004. Vol. 2, №. 5. Pages 771-785.

П.В. БУДАНОВ,
К.М.Н., доцент
ММА им. И.М. Сеченова

Дифференцированный подход к выбору метода иммунокорригирующей терапии в акушерстве и гинекологии

Инфекционная патология женских половых органов является наиболее актуальной проблемой акушерства, гинекологии и перинатологии, т.к. именно с ней связаны причины воспалительных заболеваний гениталий, привычного невынашивания беременности, бесплодия, хронических тазовых болей, внутриутробного инфицирования плода и новорожденного.

Этиологическая структура воспалительных заболеваний половых органов женщины крайне разнообразна. Спектр возбудителей включает в себя десятки видов всех классов микроорганизмов: бактерии, вирусы, простейшие и грибы (2, 20, 21). Преобладают смешанные инфекции, в составе которых частота вирусных агентов и их ассоциаций достигает 50%. При внутриутробном инфицировании резко увеличивается частота ассоциированных с вирусными поражениями осложнений беременности. Преобладают в этой общей структуре потери беременности и плацентарная недо-

статочность (2, 8, 14, 22). Среди инфекционных причин антенатальной смертности вирусные и смешанные (вирусно-бактериальные инфекции) составляют 75% (14, 15, 28). В акушерстве и гинекологии наибольшее значение имеют не только заболевания половых органов, но и инфекции с преобладанием экстрагенитальных поражений: генитальный герпес, папилломавирусная и цитомегаловирусная инфекции. Среди всех женщин, контаминированных вирусами, более 60% приходится на лица репродуктивного возраста (20-25 лет) (13, 19).

В последнее время стало понятным, что без использования современных достижений фундаментальной и клинической иммунологии решение проблемы вирусной патологии практически невозможно. Успехи в области молекулярной и биохимической вирусологии связаны с раскрытием стратегии вирусного генома, выявлением особенностей биосинтеза вирус-специфических макромолекул. Тем не менее, проблема профилактики и лечения различных острых и хронических, в т. ч. персистирующих вирусных инфек-

ций, еще далека от окончательного разрешения (3, 5, 9, 12, 25, 27).

Еще одним вопросом определения выбора метода контроля за эффективностью лечения является установление критериев бактериологической, вирусологической излеченности женщин (2, 7, 8, 17, 18, 21, 23). Неадекватная оценка тяжести течения инфекционного процесса и неправильно разработанная стратегия терапии приводят к развитию аутоиммунной патологии и хронизации воспалительных заболеваний (3, 10, 11, 16, 29).

В структуре патологии, связанной с персистирующими, рецидивирующими инфекциями, глобальной проблемой являются нарушения иммунитета. В настоящее время более трети всей патологии человека протекает в сочетании с клиническими признаками иммунной недостаточности, что определяет тяжесть клинических проявлений заболевания, развитие осложнений и ухудшение прогноза. Именно снижение локальной и общей резистентности организма приводят к длительно существующим заболеваниям. Кроме того, герпетическая, цитомегаловирусная инфекция, вызванная вирусом Эпштейн-Барр, папилломавирусная инфекция в первую очередь приводят к патологии самой иммунной системы. При этом клинические проявления заболеваний возникают при иммунодефицитных состояниях (13, 19, 25, 28).

Физиологический иммунодефицит, возникающий во время беременности, создает состояние длительно существующего повышения риска манифестации и рецидивирова-

В последнее время стало понятным, что без использования современных достижений фундаментальной и клинической иммунологии решение проблемы вирусной патологии практически невозможно. Успехи в области молекулярной и биохимической вирусологии связаны с раскрытием стратегии вирусного генома, выявлением особенностей биосинтеза вирусспецифических макромолекул. Тем не менее, проблема профилактики и лечения различных острых и хронических, в т. ч. персистирующих вирусных инфекций, еще далека от окончательного разрешения.

ния персистирующих инфекций у беременных и новорожденных (22, 24, 26).

В настоящее время основой правильной врачебной деятельности является использование принципов доказательной медицины, основывающейся на знании использования эффективных лечебных воздействий и подтверждения их безопасности. Именно оценка соотношения предполагаемой пользы к прогнозируемому (ожидаемому) риску является краеугольным камнем качественной клинической практики (18). Особенно высокие требования к безопасности назначаемого медикаментозного лечения предъявляются в акушерстве и педиатрии.

В то же время все имеющиеся в литературе положения о принципах назначения иммуномодулирующей терапии носят лишь рекомендательный характер и требуют обязательной коррекции у каждого конкретного пациента с учетом многих факторов: возраста, сопутствующих заболеваний и их тяжести, особенностей проводимой базисной терапии по поводу основного заболевания и многие другие (4, 10, 17).

В связи с этим целью настоящего исследования стало:

- проведение сравнительной оценки эффективности применения рекомбинантного $\alpha 2$ -интерферона (Виферона) у женщин с различными вирусными инфекциями;

- определение клинических ситуаций путем объединения анализа результатов нескольких одновременно проведенных исследований, при которых использование Виферона приводит к достижению несомненного положительного результата.

Следует отметить, что среди задач проведенных исследований отдельно не выделялась оценка безопасности применения Виферона. Многочисленные исследования неоднократно подтверждали высокую безопасность использования Виферона, в т. ч. и у беременных.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У БЕРЕМЕННЫХ

На первом этапе исследования было проведено изучение возмож-

ности профилактического использования рекомбинантного человеческого интерферона – Виферона для профилактики рецидивов генитального герпеса у беременных с целью снижения частоты осложнений гестации, ассоциированных с вирусным поражением, кесарева сечения, связанного с рецидивом генитального герпеса накануне родоразрешения и внутриутробных инфекций.

Принято считать, что у больных с рецидивирующими герпесвирусными инфекциями имеется изолированный или сочетанный дефект противогерпетического иммунитета – специфический иммунодефицит.

В многочисленных исследованиях доказаны нарушения в различных звеньях иммунного ответа во время рецидивов герпетической инфекции: недостаточная выработка противогерпетических гаплотипоспецифических иммуноглобулинов G и/или снижение avidности (прилипчивости) антител-иммуноглобулинов M; на пике виремии при многочисленных рецидивах инфекции уровень γ -интерферона почти в два раза ниже возрастного норматива; нарушение выработки гаплотипоспецифических T-киллеров (11, 12, 19).

Интерфероны наиболее активны по отношению к репродуцирующимся вирионам. В терапевтическом аспекте у интерферонов наиболее выражена профилактическая активность. Интерфероны сдерживают процесс размножения и снижают концентрацию вируса в тканях. Однако экзогенно привнесенные интерфероны обладают кратковременным эффектом, а активность и количественный резерв эндогенных интерферонов у каждого человека генетически индивидуален (11, 25, 27).

Нами выполнено обследование и лечение 74 женщин с генитальным герпесом, диагностированным более чем за год до наступления беременности. До начала лечения из 74 больных, имевших в анамнезе проявления генитального герпеса, только 16,2% предъявляли жалобы на зуд, жжение,

боль в очагах поражения, повышение температуры тела во время рецидивов заболевания. Основными жалобами являлись парестезии и высыпания, слабость, головная боль, быстрая утомляемость, которые наблюдались у 91,7% пациентов.

Зарегистрированными морфологическими элементами рецидивов

В последние годы среди вирусных инфекций, передающихся половым путем, наибольшего внимания заслуживает возрастающая заболеваемость папилломавирусной инфекцией. Высокая контагиозность этой инфекции, подтвержденная роль некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии злокачественных процессов привлекает внимание врачей различных специальностей: акушеров-гинекологов, урологов, дерматовенерологов, онкологов, иммунологов, вирусологов.

генитального герпеса являлись везикулы на фоне гиперемии слизистой оболочки и кожных покровах. В 86,4% наблюдений высыпания представляли собой мокнущие эрозии с тенденцией к слиянию. Сочетанное поражение нескольких областей половых органов отмечено в 28,3%. Локализация высыпаний у женщин была представлена слизистой оболочкой вульвы, влагалища и шейки матки, кожей наружных половых органов, ягодиц и бедер.

Количество рецидивов на протяжении последнего года до лечения колебалось от 3 до 14 раз. Частота рецидивов до наступления беременности в среднем составляла $6,23 \pm 2,1$ в год, во время беременности – $4,88 \pm 3,05$.

В состав обследования, кроме клинических методов исследования, входило выявление ДНК первого и второго типов ВПГ с помощью полимеразной цепной реакции ежемесячно. Определение титра специфических антител с помощью иммуноферментного анализа в начале исследования дважды с интервалом в 2-3 недели, а затем – каждые два месяца. Также проводили микроскопию вагинальных и уретральных мазков, окрашенных по Граму, диагностику гонореи, трихомониаза,

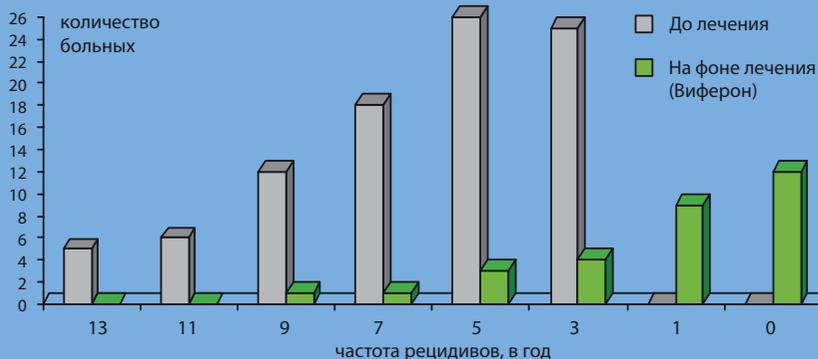


Рисунок 1. Количество рецидивов генитального герпеса на фоне лечения

папилломавирусной, микоплазменной и хламидийной инфекции.

Основной противовирусный курс виферонотерапии назначали в 28-30 недель. Назначали Виферон-2 по 1 свече через 12 ч (20 свечей), затем – по 1 свече через 12 ч 2 раза в неделю (10 свечей). Повторно аналогичный курс Виферона применяли в 35-36 недель гестации.

Под воздействием лечения клинические проявления генитального герпеса существенно видоизменялись и принимали abortивное течение. Частота обнаружения типичных высыпаний не превышала 65,2%, при этом атипичная локализация местных проявлений встречалась у 26,1% больных.

Клинические проявления генитального герпеса были более выражены у серонегативных, чем у серопозитивных лиц, что свидетельствует о протективной роли иммуноглобулинов, приводящих к частичной инактивации вирусов.

В ходе проведения исследования было установлено, что имеется корреляция между частотой рецидивов до и после начала лечения (рисунок 1).

Так, у 14 пациенток, частота рецидивов генитального герпеса у

которых до начала исследования колебалась от 8 до 11 в год, на фоне проводимой терапии снизилась до 3-4 раз в год. Также, у лиц с исходной частотой обострений 3-4 раза в год на фоне проводимой терапии клинические проявления герпетической инфекции наблюдались 0-2 раза в год. Положительная динамика показателей интерферонового статуса сопровождалась снижением частоты репликативных форм ВПГ-инфекции с 79,3% до 45%. Частота рецидивов генитального герпеса, преимущественно за счет типичной его формы, тяжелого и среднетяжелого течения, сократилась в 2 раза.

То есть, при исходно высокой частоте рецидивов не удается добиться полноценной ремиссии на протяжении беременности. В то же время, использование Виферона в качестве превентивной терапии генитального герпеса сопоставимо по эффективности с назначением противовирусных препаратов (10, 12, 17). Следует также отметить, что применение Виферона больным после неэффективной терапии препаратами ацикловира позволяет уменьшить частоту рецидивов в 2,8 раза.

Кроме того, уменьшилась частота рецидивов бактериального вагино-

за у беременных, инфицированных микоплазмами и уреаплазмами – с 51 до 28,8%. В целом снизилось общее число осложнений беременности, таких как, угроза прерывания беременности – с 62 до 31,9%; многоводия – с 30,3 до 10% и маловодия – с 28,4 до 9%.

Определение генома вирусов простого герпеса I и II типов показало, что в межрецидивном промежутке количество лиц с бессимптомным выделением вируса до начала исследования достигало 16,7%. В группе пациентов, получавших Виферон, к окончанию терапии бессимптомное выделение вируса зарегистрировано у 6,5%.

Показатели уровня специфических иммуноглобулинов в обеих группах достоверно не отличались. При этом после первого курса Виферона у всех исходно серопозитивных пациентов уровень иммуноглобулинов класса G не имел тенденции к снижению. Сероконверсия произошла у 14 из 20 пациенток.

Следует подчеркнуть, что на основании имеющихся данных невозможно говорить об элиминации вируса герпеса из организма.

Таким образом, при проведении превентивной терапии генитального герпеса у беременных целесообразно использование интерферонов в комплексе с антиоксидантами, что присуще Виферону, который имеет ряд преимуществ по сравнению с другими препаратами интерферона. Использование Виферона во II и III триместрах гестации позволяет в 3-6 раз снизить частоту рецидивирования генитального герпеса накануне родоразрешения, что приводит к уменьшению осложнений беременности, оперативного родоразрешения и перинатальной заболеваемости.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Протективное действие интерферонов при вирусных инфекциях несомненно. В то же время, среди инфекций, передаваемых половым путем, большую часть занимают бактериальные поражения с внутриклеточной персистенцией возбудителя.

В структуре патологии, связанной с персистирующими, рецидивирующими инфекциями, глобальной проблемой являются нарушения иммунитета. В настоящее время более трети всей патологии человека протекает в сочетании с клиническими признаками иммунной недостаточности, что определяет тяжесть клинических проявлений заболевания, развитие осложнений и ухудшение прогноза. Именно снижение локальной и общей резистентности организма приводит к длительно существующим заболеваниям.

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**

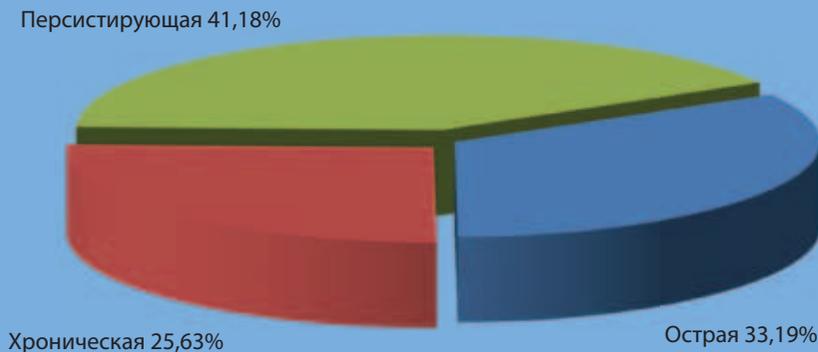


Рисунок 2. Варианты течения хламидийной инфекции у беременных

Доказано, что комбинация антибактериальных препаратов и интерферонов обладает синергичным противоинфекционным действием. Однако имеются данные о быстром формировании антител к интерферону при его экзогенном введении. Только сочетание интерферона с антиоксидантами (витаминами А и Е) позволяет предупредить подобный негативный эффект, обуславливающий последующую неэффективность терапии (8, 9, 10).

Наиболее типичной среди ИППП с внутриклеточной персистенцией возбудителя является хламидийная инфекция. Было проведено слепое про- и ретроспективное обследование 5430 беременных на базе родильного дома и консультативно-диагностического центра при ГКБ № 7 с 2001 по 2006 год.

Частота встречаемости заболеваний, передаваемых половым путем, составила 17,85% (969). Структура ИППП у беременных была представлена хламидийной (24,56%), микоплазменной (8,36%), уреаплазменной (3,1%), трихомонадной (4,85%), смешанной (59,13%) инфекциями.

Острые и обострения хронических вирусных заболеваний наблюдались в 10,24% (556 случаев) и были представлены герпетическими поражениями (8,34%), цитомегаловирусной инфекцией (0,78%) и папилломавирусной (1,12%) инфекциями.

Высокая частота смешанных инфекций при хламидиозе, наличие малосимптомного и латентного его течения приводят к необходимости комплексной диагностики инфекций, передаваемых половым путем, и нарушений микроценоза влагалища.

Ни один из современных методов диагностики хламидиоза не обеспечивает стопроцентной надежности. Поэтому лабораторная диагностика должна основываться на сочетании минимум двух методов, одним из которых должен являться культуральный. Наиболее достоверным методом диагностики хламидиоза является сочетание культурального исследования и полимеразной цепной реакции (7, 20, 29).

У 238 беременных острая хламидийная инфекция (длительность заболевания менее 2 месяцев) име-

лась у 79 (33,19%), хроническая (более 2 месяцев) – у 61 (25,63%), персистирующая – у 98 (41,18%) женщин. Таким образом, преобладающим вариантом течения являлась персистирующая и острая хламидийная инфекция (рисунок 2).

Под нашим наблюдением в ходе проспективной части исследования находились 72 беременные со сроком гестации 29-41 неделя, у 33 (45,83%) из которых диагностирована неэффективность лечения в анамнезе острого или хронического хламидиоза, а также 28 (38,89%) женщин – с персистирующей инфекцией и 11 (15,28%) беременных, прекративших ранее начатую терапию по немотивированным причинам. До включения в исследование больные получали различную антибиотикотерапию: в первой подгруппе 16 (57,14%) беременных по поводу хламидийной инфекции принимали эритромицин по 1-3 г в сутки, 9 – джозамицин по 9 млн ЕД в сутки. Необходимо отметить неадекватность суточной дозы эритромицина и джозамицина для лечения хламидиоза (18).

Интересным представляется факт, что 9 из 11 беременных, прекративших начатое лечение самостоятельно (81%), получали эритромицин и спирамицин. При целенаправленном расспросе в ходе настоящего исследования удалось выяснить, что они мотивировали отказ от терапии «опасностью для ребенка» при приеме «таких высоких доз» антибиотика.

Всем пациенткам лечение назначалось после проведения собеседования, включавшего разъяснение особенностей течения хламидийной инфекции, ее опасности для беременной и плода, необходимости проведения антибактериальной терапии и лечения, направленного на купирование осложнений беременности, действия лекарственных препаратов. Терапия, включавшая пероральный прием препарата джозамицина по 500 мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней в сочетании с ректальным введением Виферона-2 по 1 свече (500 000 МЕ) через 12 ч (20 свечей), затем по 1 свече через 12 ч 2 раза

Интерфероны наиболее активны по отношению к репродуцирующимся вирионам. В терапевтическом аспекте у интерферонов наиболее выражена профилактическая активность. Интерфероны сдерживают процесс размножения и снижают концентрацию вируса в тканях. Однако экзогенно привнесенные интерфероны обладают кратковременным эффектом, а активность и количественный резерв эндогенных интерферонов у каждого человека генетически индивидуален.

в неделю (10 свечей), была проведена 47 беременным. Такой же режим введения антибиотика, но в сочетании с интравагинальным введением препарата Кипферон по 1 свече 2 раза в сутки в течение 10 дней был использован у 25 женщин. Всем половым партнерам больных проводилось обследование и лечение генитальных инфекций.

Контроль эффективности терапии осуществляли на основании результатов полимеразной цепной реакции через 4 недели после лечения. Лечение считали эффективным при отсутствии обнаружения генома *Chlamydia trachomatis*. При положительных результатах первой ПЦР выполняли культуральное исследование (или ПЦР через 5-6 недель).

Микробиологическая эффективность применения комплексного лечения, включавшего Виферон у беременных с хламидийной инфекцией по результатам первого контрольного обследования составила 93,06%.

В 3 наблюдениях при положительных результатах первой полимеразной цепной реакции не обнаружено роста *C. trachomatis* на культуре клеток *McCoy*. В течение 3 месяцев наблюдения микробиологически верифицированная персистенция хламидий после лечения сохранялась у 2 женщин (2,78%). Таким образом, сочетание адекватной антибактериальной терапии и рекомбинантного интерферона – Виферона, обладает высокой терапевтической эффективностью (97,22%) для лечения урогенитального хламидиоза во время беременности (рисунок 3). Важно отметить, что такие высокие показатели эффективности лечения достигнуты в группе женщин с рецидивирующей и персистирующей хламидийной инфекцией.

В то же время сочетание антибактериальной терапии с интравагинальным введением Виферона приводило к достижению эффективности лечения менее чем у 90% женщин, что недостаточно при ведении случая ИППП. На протяжении исследования не было зарегистрировано отказов от рекомендованного лечения.

В настоящем исследовании большую часть пациенток составили женщины в III триместре беременности.

Это привело к незначительному снижению частоты сонографических и морфологических изменений после проведенного лечения. В то же время, частота перинатальных инфекций, достигавшая 67,8% у женщин со специфическими инфекциями, снизилась до 6,4% после проведения терапии, включавшей Виферон. При этом общие показатели перинатальной заболеваемости составили 511,5‰ и 319,1‰ соответственно. Не было отмечено случаев хламидийной пневмонии и генерализованной инфекции у новорожденных, матери которых получали комплексное лечение, включавшее Виферон.

Таким образом, при бактериальных инфекциях с внутриклеточной персистенцией возбудителя (хламидиоз) использование препаратов интерферона (Виферон) приводит к ускорению элиминации возбудителя. Препарат Кипферон недостоверно меняет показатели эффективности терапии. Применение препаратов рекомбинантного интерферона, сочетающихся с антиоксидантами, показано в составе комбинированной терапии при бактериальных инфекциях с внутриклеточной персистенцией возбудителя, вирусных инфекциях половых органов, часто рецидивирующих и длительно протекающих ИППП.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРФЕРОНЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В последние годы среди вирусных инфекций, передающихся половым

путем, наибольшего внимания заслуживает возрастающая заболеваемость папилломавирусной инфекцией. Высокая контагиозность этой инфекции, подтвержденная роль некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии злокачественных процессов, привлекают внимание врачей различных специальностей: акушеров-гинекологов, урологов, дерматовенерологов, онкологов, иммунологов, вирусологов (1, 6, 13, 20).

Папилломавирусная инфекция часто сочетается с другими заболеваниями, передающимися половым путем. Наиболее существенным является ее сочетание с бактериальным вагинозом, урогенитальным хламидиозом, цитомегаловирусной и герпетической инфекциями (1, 13).

Ни один из существующих методов лечения не обеспечивает полной элиминации вируса из организма больного. Высокая частота рецидивирования клинических форм заболевания и субманифестное его течение чаще обусловлены не реинфицированием, а реактивацией эндогенного вируса, что потенцирует поиск новых эффективных способов терапии.

Проведено комплексное обследование и лечение 68 женщин с различными формами папилломавирусной инфекции в возрасте от 17 до 45 лет. У всех пациенток имелись кондиломы аногенитальной области. Продолжительность существования кондилом по данным анамне-

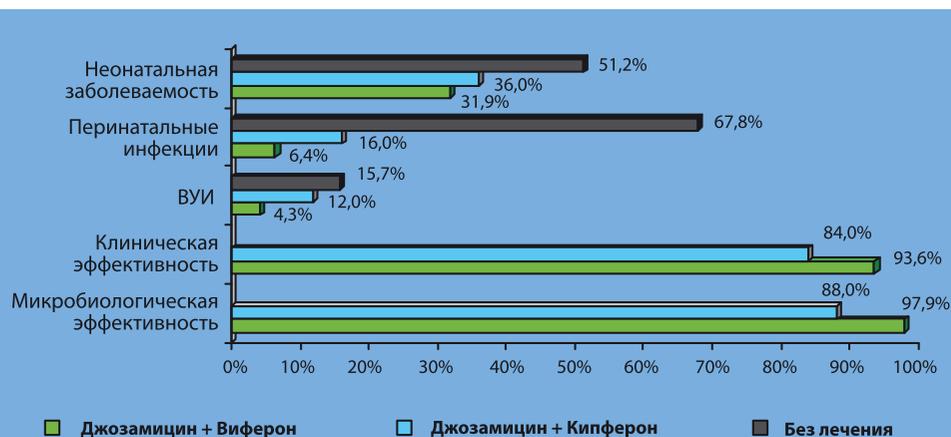


Рисунок 3. Показатели эффективности различных методов лечения беременных с хламидиозом



Рисунок 4. Частота обнаружения возбудителей генитальных инфекций у больных с ПВИ

за в среднем составила 22,78 месяца и колебалась от 2 месяцев до 14 лет.

Среди обследованных 36 больным ранее проводились неоднократные попытки лечения папилломавирусной инфекции, включавшие хирургические методы и местную интерферонотерапию. По данным анамнеза в течение 1 года после проведенного лечения частота рецидивов составила в среднем 36,1%. До начала лечения только 13,2% (9) больных предъявляли жалобы на зуд, жжение, дискомфорт в очагах поражения.

Всем пациенткам проводили клиническое обследование, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков, микроскопию мазков, окрашенных по Грамму, тесты на бактериальный вагиноз, методом полимеразной цепной реакции определяли наличие следующих микроорганизмов: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Candida albicans*, *Herpes simplex virus*, *Cytomegalovirus*. По показаниям выполняли биопсию шейки матки с последующим морфологическим изучением биоптатов с окраской по Ван-Гизону. У всех больных методом полимеразной цепной реакции с типоспецифическими маркерами определяли содержание вируса папилломы человека в материале, взятом из очагов поражения. Одновременно учитывали тип и качество онкогенного потенциала выделенных ВПЧ. Высокоонкогенными считали типы 16, 18, 31, 33, 35, 45, 56, а низкоонкогенными – 6, 11, 42, 43, 44.

Смешанные инфекции были диагностированы у 79,4% (54) пациенток. Наряду с папилломавирусной инфекцией в качестве сопутствующих генитальных инфекций у 26,5% (18) больных был обнаружен генитальный кандидоз, у 52,9% (36) – бактериальный вагиноз; 16,2% (11) пациенток были инфицированы хламидиями, 20,6% (14) – микоплазмами, 5,9% (4) – трихомонадами, 11,8% (8) – цитомегаловирусом (рисунок 4). Кроме того 12 женщин (17,6%) ранее имели проявления генитального герпеса. Инфекционные поражения половых органов, вызванные тремя и более возбудителями, отмечены у 27 (39,7%) обследованных.

Всем больным для удаления кондилом вне зависимости от их локализации применяли фотовапоризацию с помощью CO₂-лазера. Одновременно начинали введение Виферон-2 по 1 свече через 12 ч (20 свечей), затем по 1 свече через 12 ч 2 раза в неделю (10 свечей). Представленная схема виферонотерапии является основным противовирусным курсом. В указанном режиме Виферон повторно назначается через 1-2 месяца даже при отсутствии рецидивов кондиломатоза. При наличии смешанной инфекции параллельно использовали необходимые методы специфической терапии.

После проведенного лечения на протяжении 1 года проводилось наблюдение за пациентками, включавшее кольпоскопию, цитологические исследования, контроль за элиминацией выделенных микро-

организмов с помощью полимеразной цепной реакции.

В результате проведенной работы было отмечено, что жалобы на зуд и жжение в области половых органов регрессировали у всех больных. Кроме того, через 1 месяц после лечения ни у одной пациентки не было повторного возникновения кондилом. Через 3 месяца после лечения Вифероном только у 5 из 68 больных вновь было отмечено появление аногенитальных бородавок. Эти женщины имели наибольшую частоту рецидивов заболевания в анамнезе.

Общая частота рецидивирования клинических проявлений папилломавирусной инфекции составила 14,7%. Определение генома вирусов папилломы человека показало, что даже при отсутствии морфологических элементов на коже и слизистых бессимптомное выделение вируса достигает в первый месяц после лечения 34,8%, к третьему месяцу – 12,7%, а повышение регистрируется к 7-9-му месяцу после лечения и составляет 20,6%. То есть, показатели клинического выздоровления при папилломавирусной инфекции выше, чем вирусологическое подтверждение излеченности (рисунок 5).

Несмотря на невозможность полноценной элиминации папилломавирусов из организма человека, после второго курса введения Виферона нами было достигнуто клинико-этиологическое излечение у 56 (82,3%) из 68 женщин. В результате динамического наблюдения было установлено, что частота рецидивов папилломавирусной инфекции в течение 1 года на фоне комплексной терапии с использованием Виферона сократилась в 2,5 раза.

В результате динамического наблюдения было установлено, что частота рецидивов ВПЧ-инфекции в течение 1,5 лет на фоне комплексной терапии с использованием Виферона-2 сократилась в 2,5 раза.

Таким образом, системное применение рекомбинантного человеческого интерферона – Виферона в составе комплексного лечения папилломавирусной инфекции по-

зволяет добиться клинического и вирусологического выздоровления в 82% наблюдений. Повторное введение Виферона-2 уменьшает частоту рецидивов папилломавирусной инфекции. Корректирующее влияние интерферонов в сочетании с антиоксидантами на несколько этапов иммунного ответа позволяет повысить эффективность лечения папилломавирусной инфекции.

Проведенные исследования показали, что использование современного рекомбинантного интерферона (Виферон) повышает эффективность лечения женщин с вирусными и бактериальными инфекциями половых органов. Применение Виферона у беременных с генитальными инфекциями не только повышает эффективность лечения, но и уменьшает заболеваемость, частоту осложнений оперативного родоразрешения и течения беременности, ассоциированных с инфекциями, улучшает течение родов и показатели здоровья новорожденных.

В результате проведенного исследования целесообразно выделить несколько клинических ситуаций, при которых имеется высокая целесообразность назначения Виферона:

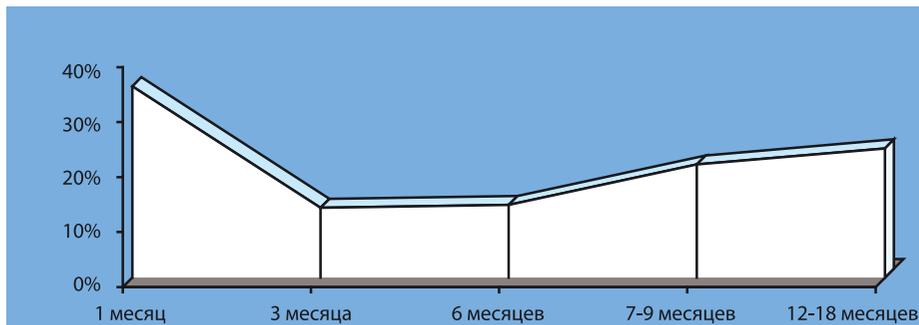


Рисунок 5. Колебания частоты бессимптомного выделения ВПЧ в течение 1,5 лет после лечения

- наличие генитального герпеса в анамнезе – показано назначение Виферона-2 в 28-30 и 35-36 недель гестации (по 1 свече через 12 ч 10 дней, затем по 1 свече через 12 ч 2 раза в неделю – 10 свечей); Возможно использование только Виферона, без супрессивной противовирусной химиотерапии;
- в составе комплексного лечения смешанных вирусно-бактериальных инфекций;
- для повышения эффективности терапии бактериальных инфекций с внутриклеточной персистенцией возбудителя;
- при лечении беременных с осложнениями, связанными с инфекционным поражением (фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, длительная угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование, инфекции мочевыводящих путей, острый аппендицит);
- в лечении женщин с папилломавирусной инфекцией (Виферон-2 по 1 свече через 12 ч 10 дней, затем по 1 свече через 12 ч 2 раза в неделю – 10 свечей; повторный курс лечения – через 1-2 месяца).



Список литературы:

1. Богатырева И.И. Современные подходы к лечению папилломавирусной инфекции урогенитального тракта. Лечащий врач, 2001; 4.
2. Генитальные инфекции. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Баев О.Р., Буданов П.В. М.: Издательский дом «Династия», 2003, 140с.
3. Гомберг М.А., Соловьев А.М. Иммунологические подходы к лечению больных хронической персистирующей хламидийной инфекцией. ЗППП, 1996. №4.
4. Денгин В.В., Деленян Н.В. Виферон: применение инфекционно-воспалительных заболеваний. Фарматека, 2005; 12: 53-7.
5. Дубенский В. В. и соавт. Интерфероны в комплексном лечении остроконечных кондилом. ЗППП, 1996: 10; 28.
6. Иванян А.Н., Мешкова Р.Я., Крюковский С.Б., Мелехова Н.Ю. Комплексное лечение патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека с применением СО₂-лазерной вапоризации и комплекса эндогенных цитокинов. Вестн.Росс.асс.акуш.гинек. 1999; 2: 114-8.
7. Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции. Пособие для врачей. Кудрявцева Л.В., Мисюрин О.Ю., Генезоров Э.В. и др. М.: Изд. РМАПО, 2001. 61с.
8. Краснопольский В.И., Тареева Т.Г., Малиновская В.В. и др. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2004, 4-1.
9. Малиновская В.В. Новый отечественный комплексный препарат Виферон, принцип его создания и применения в педиатрической и акушерской инфекционной практике. Ребенок и лекарство. Справочное пособие для лечащих врачей. Т. 2 «Фармакотерапия в педиатрии». «Оверлей», 2000, 56-77.
10. Малиновская В.В., Деленян Н.В., Ариненко Р.Ю., Мешкова Е.Н. Виферон. Комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых. Руководство для врачей. М. 2005. Изд-во «ИНКО-ТНК». 64 с.
11. Марченко Л.А., Шуршалина А.В. Обоснование принципов современной терапии генитального герпеса. Гинекология- 2000; 2(3): 76-9.
12. Масюкова С.А., Резайкина А.Ю., Гребенюк В.И. и др. Иммунотерапия рецидивирующего простого герпеса (клиническое и электронномикроскопическое исследование). Бюлл. Заболевания, передаваемые половым путем. 1995; 2: 27-30.
13. Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение/ Пособие для врачей. М.: Издательский дом «Русский врач». 2004. 44 с.
14. Сидорова И.С., Макаров И.О., Эдокова А.Б., Макарова И.И., Матвиенко Н.А. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода. Росс. Вест. Перинат. и педиат., 2000. -№2. - С. 5-8.
15. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Буданов П.В. Система обследования и лечения беременных с нарушениями микроциркуляции родовых путей, инфекциями, передаваемыми половым путем, и восходящим инфицированием плода. Акушерство и гинекология 2003; 1: 47-52.
16. Тареева Т.Г., Малиновская В.В., Федотова А.В. Роль изучения фармакокинетики препарата «Виферон» в формировании режима интерферонотерапии при смешанной урогенитальной инфекции у беременных. Росс.вестнакуш. гинек. 2001; 1-2(4):19-20.
17. Тареева Т.Г., Малиновская В.В., Шугинин И.О. и др. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2004, 4-5: 82-7.
18. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып.1, 200. 496-7.
19. Хахалин Л.Н. Вирус простого герпеса у человека. Consilium medicum. 1999; 1: 5-18.
20. Чеботарев В.В. Дискуссионные вопросы урогенитальных инфекций. Росс. Журнал кож. и венер. болезней. №1, 2002. С.53-59.
21. Hughes G., Brady A.R., Catchpole M.A. et al. Characteristics of those who repeatedly acquire sexually transmitted infections: a retrospective cohort study of attendees at three urban sexually transmitted disease clinics in England. Sex Transm Dis 2001; 28: 7: 379-386.
22. Jacobsson B., Holst R.M., Mattsby-Baltzer I. et al. Interleukin-18 in cervical mucus and amniotic fluid: relationship to microbial invasion of the amniotic fluid, intra-amniotic inflammation and preterm delivery. BJOG. 2003 Jun;110(6):598-603.
23. Rubinstein E. Comparative safety of the different macrolides. Int. J. of Antimicrobial Agents, 2001;18:71-6.
24. Splichal I, Trebichavsky I. Cytokines and other important inflammatory mediators in gestation and bacterial intraamniotic infections. Folia Microbiol (Praha). 2001;46(4):345-51.
25. Strand A. Long-term suppressive therapy for genital herpes in the immunocompetent host. Herpes 1999; 6: 25-7.
26. Suzuki Y, Yamamoto T, Kojima K, et al. Evaluation levels of cytokines in amniotic fluid of women with intrauterine infection in the early second trimester. Fetal Diagn Ther. 2006;21(1):45-50.
27. Wald A. Genital herpes. Clinical Evidence. 2001; 5:1090-8.
28. Whitley R.J. Optimizing the management of genital herpes. Ed. Royal Society of Medicine. Ltd. 2000; 24-7.
29. Whittington W.L.H., Kent Ch., Kissinger P. et al. Determinants of persistent and recurrent Chlamydia trachomatis infection in young women. Results of multicenter control study. STD, 2001, Feb.: 117-23.

С.А. ПАНЕВА,
О.А. ЛЕСНАЯ,
Е.Г. ФЕДОРОВА,
В.И. БЕЛЫШЕВА,
И.Ф. БУРЕНИНА,
Е.Л. ДУБИССКАЯ,
М.И. МАЗОВА,
Л.С. МАКАРОВА,
Н.Р. УТЯШЕВА,
Е.А. ИНОЗЕМЦЕВА,
И.П. КОНКИНА,

Женская консультация
поликлиники № 4
УДП РФ ФГУ

Изучение эффективности применения суппозиториев Генферон 500000 МЕ в комплексной терапии урогенитальных инфекций, вызванных представителями класса Mollicutes

За последние годы накоплен значительный объем научных знаний, посвященных выявлению роли представителей класса Mollicutes в развитии различных заболеваний урогенитального тракта человека. На данный момент от человека выделено 5 видов представителей этого класса: M. pneumoniae, M. hominis, M. genitalium, M. incognitus, U. urealyticum, среди которых наибольшее значение для клинической практики имеют M. hominis и U. urealyticum (2, 3).

Несмотря на то, что в настоящее время данные микроорганизмы считаются условно-патогенными, доказана их способность вызывать целый ряд инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта как женщин, так и мужчин. У женщин наиболее частыми проявлениями уреа- и микоплазменной инфекции являются уретрит, цервицит, вагинит, сальпингоофорит, эндометрит, цистит (5,7,12,16). К особенностям этих заболеваний, вызванных микроорганизмами рода *Mycoplasma* и *Ureaplasma*, можно отнести следующие признаки: отсутствие патогномичных

проявлений и схожесть симптоматики с заболеваниями, вызываемыми другими микроорганизмами (хламидиями, вирусами, грибами, а также смешанной микрофлорой). Течение заболевания чаще всего носит хронический и малосимптомный характер и в значительной степени детерминированы индивидуальной восприимчивостью организма-хозяина, длительно персистируют в инфицированном организме (1). Кроме того, по данным ряда авторов, данные микроорганизмы могут быть ассоциированы с развитием аутоиммунной патологии (13), а также в 24-75% случаев их выделяют при бактериальном вагинозе (10,14). Длительной персистенции возбудителя и его способности вызывать различные иммунологические нарушения способствуют такие присущие классу *Mollicutes* иммунопатогенетические механизмы, как низкая иммуногенность, вызванная малыми размерами, отсутствием клеточной стенки (основного источника антигенов большинства бактерий), низкой метаболической активностью и способностью к антигенной мимикрии за счет трансмембранного паразитизма, иммуносупрес-

сивный эффект (11), изменение рецепторного аппарата клеток с повышением содержания внеклеточного R-белка, оказывающего ингибирующее влияние на ряд функций иммунной системы (5), а также протеолитическая активность *U. urealyticum* в отношении IgA человека (11). Это детерминирует целесообразность применения иммуномодулирующей терапии, направленной на коррекцию данных нарушений. Одним из наиболее распространенных средств, широко используемых в лечении различных урогенитальных инфекций, является интерферон-альфа. Для лечения инфекций мочеполового тракта предпочтительной лекарственной формой интерферона являются суппозитории, применение которых сопряжено с гораздо меньшим риском передозировки и связанных с этим нежелательных явлений по сравнению с инъекционными формами, а также позволяет создать высокую концентрацию препарата непосредственно в очаге инфекции (8).

В настоящее время наиболее современным препаратом интерферона-альфа в форме суппозиториев является Генферон® – комбинированный лекарственный препарат, имеющий в своем составе следующие активные компоненты: интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2, таурин и анестезин. Интерферон обладает выраженным противовирусным, противомикробным и иммуномодулирующим действием. Противовирусный эффект опо-

Для лечения инфекций мочеполового тракта предпочтительной лекарственной формой интерферона являются суппозитории, применение которых сопряжено с гораздо меньшим риском передозировки и связанных с этим нежелательных явлений по сравнению с инъекционными формами, а также позволяет создать высокую концентрацию препарата непосредственно в очаге инфекции.

средован рецептор-зависимой активацией внутриклеточных ферментов 2'5'-олигоаденилатсинтазы и протеинкиназы, а также белков группы МХ, ингибирующих репликацию вирусов. Иммуномодулирующее действие проявляется в активации CD-8+ цитотоксических Т-лимфоцитов, NK-клеток, усилении дифференцировки В-лимфоцитов и продукции ими антител со сменой их изотипа и повышением аффинности, активацией моноцитарно-макрофагальной системы фагоцитоза, а также усилении экспрессии молекул МНС-I, что способствует, в первую очередь, амплификации клеточно-опосредованных реакций иммунной системы. Таурин – серосодержащая аминокислота, образующаяся в организме в процессе метаболизма цистеина – широко применяется при целом ряде заболеваний. Таурин способствует нормализации метаболических процессов, обладает регенерирующими, репаративными, мембрано- и гепатопротекторными свойствами. Таурин действует и как антиоксидантное средство, непосредственно взаимодействует с активными формами кислорода, избыточное накопление которых способствует развитию патологических процессов (воспаление, интоксикация и т.д.). Сочетание интерферона с таурином в одной лекарственной форме позволяет обеспечить широкий спектр действия препарата и пролонгировать действие интерферона. Анестезин, являясь местным анестетиком, устраняет болезненные ощущения, зуд, жжение при обострении воспаления.

С целью установления эффективности применения данного препарата при лечении урогенитальных инфекций, вызванных представителями класса *Mollicutes*, в женской консультации УДП №1 было проведено клиническое исследование с открытым дизайном, включившее 60 пациенток.

Цель исследования: оценить эффективность применения суппозиториев Генферон® 500000 МЕ в комплексной терапии урогени-

тальных инфекций, вызванных *M. hominis* и *U. urealyticum*, а также их ассоциациями.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 женщин в возрасте от 20 до 43 лет, у которых было выявлено наличие урогенитальной инфекции, вызванной *M. hominis* и *U. urealyticum* или их сочетанием, а также допускалось наличие сопутствующей патологии цервикса. Пациенткам проводилось физикальное обследование, включающее оценку жалоб, большой, гинекологический осмотр, оценку состояния вульвы, влагалища, шейки матки (методом кольпоскопии), характера выделений.

Лабораторное обследование, проводимое до и после курса терапии, включало микроскопию мазка, PAP-тест, ПЦР-диагностику ИППП, а также бактериологическое исследование для выделения уреаплазм при наличии показаний.

До назначения лечения пациентки были разделены на 2 группы по 30 пациенток в каждой. Пациентки распределялись таким образом, чтобы состав групп был схож по выявленной патологии. В обеих группах использовался комплексный подход к лечению с использованием консервативных и оперативных методов лечения, которые включали назначение антибактериальных и противовоспалительных средств для перорального применения, антимикотиков, ферментных препаратов, противовоспалительных вагинальных суппозиториев, препаратов для восстановления микрофлоры влагалища и кишечника.

При этом в первой группе дополнительно к указанной терапии использовался препарат Генферон® в дозе 500000МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в день 10 дней вагинально. Все назначаемые схемы лечения отвечали требованиям клинических рекомендаций по терапии ИППП, принятым в нашей стране.

Генферон® обладает иммуномодулирующими, противомикробными, противовирусными, противовоспалительными, мембранопротек-

торными и антиоксидантными свойствами, способствует регенерации поврежденных слизистых и нормализует метаболические процессы.

Оперативное лечение включало проведение криодеструкции

В настоящее время наиболее современным препаратом интерферона-альфа в форме суппозиториев является Генферон® – комбинированный лекарственный препарат, имеющий в своем составе следующие активные компоненты: интерферон человеческого рекомбинантного альфа-2, таурин и анестезин.

цервикса с целью лечения эрозий или эктопии шейки матки с обязательным назначением в пред- и послеоперационном периоде суппозиториев Генферон 500 000МЕ 2 раза в день.

Результаты исследования. У большинства пациенток (50 человек из 60) обнаруживалось нарушение влагалищной микрофлоры (мазок на флору 3 степени чистоты), причем у 25% из них (15 пациенток) отмечались признаки бактериального вагиноза. Мазок 2 степени чистоты определялся у 10 пациенток, тогда как мазок I степени чистоты не было ни у одной из пациенток.

Воспалительный тип мазка при онкоцитологическом исследовании встречался в 85% случаев, в 5% случаев определялась пролиферация цилиндрического эпителия.

При обследовании 60 пациенток у 47 (78,3%) из них была обнаружена либо микоплазменная, либо уреоплазменная инфекция. При этом уреоплазменная инфекция встречалась в 57,4% случаев и микоплазменная – в 27,6%. Смешанная инфекция имела место у 13 пациенток (21,6%). Кроме того, 15 пациенткам ранее уже проводился курс лечения по поводу уреоплазмоза.



У всех пациенток со смешанной инфекцией был мазок III степени чистоты и воспалительный тип мазка при онкоцитологическом исследовании.

Мазок II степени чистоты обнаруживался менее чем у 20% пациенток, все из которых имели уреплазменную инфекцию.

Сопутствующая патология цервикса была диагностирована у 38 пациенток и включала эрозии и эктопии шейки матки, что было подтверждено кольпоскопическим, а затем (после соответствующей санации влагалища) и гистологическим исследованием.

Как уже было отмечено, пациентки распределялись в группы лечения таким образом, чтобы эти группы были сопоставимы по наличествующей патологии. Лечебные схемы включали комплексный подбор препаратов с применением системных антибиотиков, противовоспалительных средств для перорального применения, антимикотиков, ферментных препаратов, противовоспалительных вагинальных суппозиторий, препаратов для восстановления микрофлоры влагалища и кишечника. Кроме того, в первой группе дополнительно к указанной терапии использовался препарат Генферон® в дозе 500000МЕ по 1 суппозитории 2 раза в день в течение 10 дней вагинально.

В каждой группе была выделена подгруппа (по 5 человек, соответственно), где в лечении было решено не использовать системные антибактериальные препараты. Это были пациентки с мазком на флору II степени чистоты и отсутствием признаков онкоцитологической патологии, у которых была выявлена только уреплазменная инфекция, ранее никогда не леченая.

В схему лечения таких пациенток был включен антибактериальный препарат для местного применения, антисептические препараты, препараты для восстановления микрофлоры и, для первой группы, Генферон® 500000МЕ 2 раза в день вагинально в течение 10 дней.

Результаты. В основной группе процент полного излечения при использовании схемы лечения с назначением системных антибиотиков составил 76,6% по сравнению с 60% пациенток контрольной группы. 90% пациенток с неудовлетворительными результатами терапии (сохранение положительных результатов ПЦР на ИППП, воспалительного типа мазка при онкоцитологическом исследовании) имели рецидивирующую уреплазменную инфекцию, при этом их число было выше в контрольной группе. Следует отметить, что у 90% пациенток основной группы (за исключением 3 случаев) не сохранялось воспалительных изменений в мазке для онкоцитологического исследования, в то время как в контрольной группе их было свыше 30%, несмотря на элиминацию возбудителя инфекции.

При анализе результатов лечения в каждой из подгрупп, в которых использовались только местные формы препаратов, было установлено, что элиминация возбудителя имела место у 3 пациенток основной и 2 пациенток контрольной подгруппы соответственно. При этом только у одной пациентки основной подгруппы сохранялись воспалительные изменения в мазке для онкоцитологического исследования, в то время как эти же изменения имели место у всех пациенток контрольной подгруппы. Всем пациенткам был назначен повторный курс лечения с использо-

ванием системных антибиотиков с последующим контролем мазков. Результаты обследования на ИППП в первой подгруппе были отрицательны, во второй подгруппе результат оставался положительным у одной пациентки.

Процент излечения у пациенток со смешанной инфекцией был ниже в обеих группах, однако оставался достоверно выше в основной группе (66,7% и 43% соответственно).

В рамках данного исследования нами не ставилось целью, изучение эффективности пред- и послеоперационного применения препарата Генферон® при оперативном лечении шейки матки. Однако надо заметить, что у пациенток, применявших суппозитории Генферон® 500000МЕ 2 раза в день до и после лечебной процедуры, отмечалась более выраженная динамика процессов заживления и восстановления нормального эпителия шейки матки.

Выводы.

1. Применение препарата Генферон® позволяет достичь выраженного повышения эффективности комплексного (с применением системных и местных препаратов) лечения урогенитальных инфекций, вызванных представителями класса *Mollicutes*.

2. Генферон® способствует восстановлению эпителия шейки матки, что подтверждается положительными результатами онкоцитологического исследования после курса лечения, даже при неполной элиминации возбудителя.

3. Получены хорошие результаты при использовании препарата Генферон® в лечении пациенток с рецидивирующими ИППП, вызванными смешанной флорой.

4. Эффективность применения препарата Генферон® в качестве пред- и послеоперационной подготовки при планируемом оперативном лечении шейки матки требует дальнейшего изучения, т. к. может значительно улучшить реабилитацию таких пациенток. 

Список литературы находится в редакции.

Сочетание интерферона с таурином в одной лекарственной форме позволяет обеспечить широкий спектр действия препарата и пролонгировать действие интерферона. Анестезин, являясь местным анестетиком, устраняет болезненные ощущения, зуд, жжение при обострении воспаления.



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

Центр ЭКО в Саранске подарил многим

Центр экстракорпорального оплодотворения при Саранском роддоме № 2 был открыт 7 декабря прошлого года, в день Святой Екатерины. В торжествах по этому случаю приняли участие глава Республики Мордовия Николай Меркушкин, министр здравоохранения республики Рафаил Аширов, гинекологи и медицинские работники других специальностей – сотрудники открываемого центра и роддома, а также гости – их коллеги из других регионов страны. Такое внимание никак не назовешь случайным. Как и для большинства субъектов Российской Федерации, для Мордовии демографическая проблема уже давно стала одной из острейших. Население республики стремительно сокращается, как из-за оттока экономически активной его части в соседние регионы с более высоким уровнем жизни, так и за счет естественной убыли. Только последние год-два здесь наблюдается приятная тенденция: уровень рождаемости превышает уровень смертности. На сохранение и развитие этой тенденции направлены усилия всей местной системы здравоохранения при неизменной поддержке руководства республики. Одним из результатов этого взаимодействия как раз и стало создание Центра. Об итогах первого года, целях, задачах и перспективах его работы региональному корреспонденту нашего журнала Галине Кондаревой рассказывает директор Центра ЭКО, к. м. н. **Ольга Валерьевна Поршина.**



Ольга Валерьевна, было бы странным, если бы в начале нашей беседы мы не упомянули еще об одной знаменательной дате. Ровно 30 лет назад было впервые произведено экстракорпоральное оплодотворение человека, в результате которого в июле 1978 года на свет появился первый ребенок «из пробирки» – Луиза Джой Браун. Второе имя девочки Джой означает «радость», что вполне понятно – ее родители безуспешно пытались зачать ребенка в течение 9 лет, пока не прибегли к ЭКО.

Произошло это в Великобритании, но проблема бесплодия не знает границ. К сожалению, она до сих пор актуальна и для нашей страны. Но многое изменилось за прошедшие годы. Так, проводившие первую операцию ЭКО гинеколог Патрик Стептоу и профессор Роберт Эдвардс сообщили супругам Браун лишь то, что они будут участвовать в эксперименте, но умолчали

о том, что до этого ни одна яйцеклетка, оплодотворенная *in vitro*, не привела к успешной беременности. Эксперимент оказался успешным, и в наши дни дети «из пробирки» перестали быть экзотикой, не привлекают пристального и не всегда доброжелательного внимания средств массовой информации. Общественное мнение, тогда усмотревшее в этом методе нечто непристойное, чуть ли не дьявольское, теперь диаметрально изменилось. В XXI веке метод ЭКО вернул миллионам бездетных семей во всем мире надежду на счастье. Все больше людей делают осознанный выбор в его пользу. Вот и у жителей Мордовии появилась возможность выбора. Как ни жаль, но придется добавить в эту полную радужных красок картину несколько мрачных тонов в виде статистики, которая, как утверждали классики, знает все. Население Мордовии в советские времена составля-

ло более миллиона человек, а сейчас приблизилось к критической отметке – всего восемьсот с небольшим тысяч. Демографическая ситуация в нашей республике около полутора десятка лет складывалась далеко не лучшим образом. Конечно, причин тому множество, и главные из них экономического плана – такие, как трудовая миграция, например. Казалось бы, к системе здравоохранения они прямого отношения не имеют, но, с другой стороны, значительно уменьшился и естественный прирост населения. По данным Росстата по РМ, рождаемость с 1991 года к 2004-му в республике снизилась чуть ли не вдвое – с 11 500 младенцев до 6400. Возвращаясь к экономическим причинам ухудшения демографической ситуации, хотелось бы отметить, что со стабилизацией общей социально-экономической обстановки в стране наметилась тенденция к росту рождаемости. По тем

Бездетным парам надежду

же статистическим данным, за первые 9 месяцев текущего года в Мордовии появился на свет 5791 ребенок, что на 168 детей больше к аналогичному периоду прошлого года. Всего в 2006 году родилось 7042 малыша, что также, хоть всего и на несколько десятков, но больше, по сравнению с предыдущим 2005 годом.

Насколько в этой связи актуальна проблема бесплодия и методов ее лечения?

Бесплодие и способы его лечения являются одной из важнейших, если не самых главных, в ряду других проблем, которые необходимо решить для преодоления демографического кризиса. Достаточно сказать, что в Мордовии, как и в целом по стране, бесплодие составляет 15-17%. С каждым годом этот процент растет, бесплодие «молодеет». Все больше молодых семей вынуждены обращаться к специалистам по экстракорпоральному оплодотворению, поскольку лапароскопия и другие методы лечения им не помогли.

В общем, идея создать в Мордовии собственный центр ЭКО витала в воздухе. Сколько времени и что именно потребовалось для ее осуществления?

Подобные центры существуют во многих крупных городах России. Пациентки из нашей республики до самого недавнего времени проходили лечение главным образом в столице соседней Чувашии – Чебоксарах. Для них это было неудобно и связано с большими материальными затратами. Ведь не считая расходов непосредственно на медикаменты и саму процедуру экстракорпорального оплодотворения, которая к тому же проводилась амбулаторно – без последующего наблюдения в стационаре, нужно было туда еще приехать, найти и снять на какое-то время жилье. Как говорится, удовольствие не из

дешевых. Далеко не каждая семья могла себе его позволить. Поэтому вполне естественно, что в 2005 году идея открыть свой собственный Центр приобрела конкретные очертания, было принято соответствующее решение на уровне правительства республики. Инициатива исходила от министерства здравоохранения Мордовии и лично министра Рафаила Закиевича Аширова. Можно сказать, что осуществление идеи произошло в рекордно короткие сроки. Был проведен тендер среди ведущих фирм из Дании и Франции, специализирующихся на производстве медицинской техники для ЭКО. В течение 2006 года необходимое оборудование было закуплено. К октябрю прошлого года специалистами из Москвы была завершена его установка, а затем и отладка. Сейчас наш Центр полностью оборудован техникой практически идентич-

ной той, что установлена в лабораториях, где все мы обучались, – в Научном центре акушерства и гинекологии на улице Академика Опарина в Москве. В настоящее время штат Центра полностью укомплектован. В нем работают восемь сотрудников. Каждый из них прошел соответствующее обучение, поскольку работа с технологиями ЭКО требует специфических знаний и навыков. Скажем, для акушера-гинеколога срок обучения составляет один месяц, для эмбриолога – два месяца. Причем в последующем, повышая уровень своей квалификации, мы активно взаимодействуем не только с ведущими научными центрами и клиниками Москвы, но и Самары, Казани, других городов России. Это общепринятая практика. Кстати, недавно к нам самим приезжали коллеги из Томска перенимать уже наш опыт.



Компьютерный анализатор спермы Видео-Тест-Сперм 2.1 – рабочее место врача-эмбриолога. Позволяет производить углубленный анализ эякулята. Состоит из микроскопа Karl Zeiss (Германия), компьютера Gateway (США), специального программного обеспечения Видеоест (Россия).



Операционная. Заведующая центром ВРТ О.В. Поршина и медицинская сестра Т.А. Симдяшкина после переноса эмбрионов в полость матки под контролем ультразвукового аппарата Profocus (B-K Medical, Дания)

Неужели всего за неполный год работы Центра можно приобрести опыт, которым стоило бы делиться?

Как ни удивительно, но это так. В декабре прошлого года специалисты, которые устанавливали и отлаживали оборудование, говорили нам: «В первый год результатов не ждите». Действительно, поначалу не все складывалось так, как нам того хотелось бы. Первые попытки экстракорпорального оплодотворения, проведенные тогда же в декабре, не были успешными. Однако в дальнейшем наша работа опровергла эти прогнозы, а ее плоды превзошли наши собственные ожидания. Начиная с мая этого года в Центре с повторной попытки забеременели девять наших подопечных. Мы рассчитываем, что до конца текущего года их станет еще больше.

Насколько известно, в других аналогичных центрах первой беременности ждали не год и не два, а несколько лет. Пожалуй, ваши результаты можно отнести к разряду сенсаций.

Да, это сродни чуду. Тем более что у одной из наших пациенток ожидается тройня! Для достижения таких результатов потребовались усилия всего персонала Центра, который работал и в выходные, и в праздники. Появления своих первенцев мы ждем в январе 2008 года. Рады за женщин, которые уже отчаялись когда-нибудь обрести счастье материнства. А говоря скучным языком цифр, эффективность метода экстракорпорального оплодотворения в нашем Центре на сегодняшний день составляет 31,3%. При повторной попытке шансы забеременеть возрастают вдвое. Бывает, что повторять эту процедуру

пациентке приходится несколько раз. Напомню, что российский рекорд – случай, когда женщине удалось забеременеть с помощью ЭКО лишь с 45-й попытки! Впрочем, это скорее уже исключение – что-то экстраординарное.

В чем же секрет таких блестящих результатов вашего Центра? Видимо, неслучайным было решение открыть его при роддоме?

Конечно, это решение не было случайным. Следует пояснить, что Саранск – относительно небольшой, но университетский город, поэтому здесь немало медиков высочайшей квалификации, в том числе и акушеров-гинекологов. Помимо роддома, отличные специалисты работают в гинекологическом отделении городской клинической больницы № 4, которая по существу выполняет функции республиканского центра по многим отраслям медицины. Но там наши коллеги специализируются на лечении патологий у женщин уже в период беременности. Мы с ними тесно сотрудничаем. Однако Саранский роддом № 2 – единственный в нашем городе. Сейчас именно в нем сосредоточено все, что необходимо для плодотворной работы Центра – от специалистов и лабораторий до мест в стационаре и вспомогательного медперсонала. В штате роддома есть врач-андролог, который работает и с бесплодными парами, обратившимися в наш Центр. Не открою секрета, если скажу, что почти в половине случаев причина бесплодия – в мужчине, поэтому специалист по мужскому здоровью востребован не меньше, чем гинеколог. Важную роль сыграло и то, что главный врач роддома Лидия Васильевна Ветчинкина, являясь энтузиастом ЭКО, в свое время поддержала идею создания Центра и продолжает оказывать ему всемерную поддержку в настоящее время. По существу, наш Центр является органичной и неотделимой частью роддома. Кроме материально-технической базы, здесь мы имеем и массу единомышленников. У нас общая цель. Не будет преувеличением

сказать, что и малышей подопечных нашего Центра мы все вынашиваем вместе с ними.

Ольга Валерьевна, исходя из накопленного опыта, какие причины бесплодия вы назвали бы в числе самых распространенных?

Наиболее распространенными являются трубно-перитонеальный фактор, то есть непроходимость маточных труб, и эндокринное бесплодие. Дает о себе знать и мужской фактор. Как я уже отмечала, он составляет около 50%. Здесь играют свою отрицательную роль многие обстоятельства: от склонности мужской части населения к вредным привычкам – курению и злоупотреблению алкогольными напитками – до неблагоприятного воздействия окружающей среды. К сожалению, общий процент бесплодия даже среди молодых супружеских пар год от года растет. Если говорить о женском бесплодии, то это связано, прежде всего, с тем, что увеличилась частота заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем. Как раз они зачастую и вызывают непроходимость маточных труб, и в результате приводят к устойчивым формам бесплодия, которые не лечатся ни при помощи лапароскопии, ни какими-то иными методами, кроме ЭКО.

Давайте подробнее остановимся на самом процессе лечения бесплодия экстракорпоральным оплодотворением. Насколько оно сложное и продолжительное? Применяются ли в вашем Центре другие методы?

Всем нашим потенциальным пациенткам следует быть готовыми к тому, что лечение бесплодия – процесс длительный. Только подготовительный этап с обязательным обследованием обоих супругов в зависимости от их индивидуальных особенностей длится от нескольких месяцев до года. Еще около месяца займет непосредственно лечение в стационаре. К этому нужно приплюсовать еще девять месяцев – время внутриутробного развития плода, то есть собственно беременность.

Ведь только после благополучных родов лечение можно считать завершённым успешно.

На подготовительном этапе программы ЭКО производится стимуляция суперовуляции, т.е. у женщины под воздействием гормональных препаратов происходит созревание большого количества яйцеклеток. Потом эти яйцеклетки под наркозом и контролем УЗИ забираются и оплодотворяются in vitro, т.е. вне организма, спермой мужа или донора. Эмбрионы культивируются и на вторые-третьи, а иногда и на пятые сутки, – в зависимости от каждой конкретной эмбриологической ситуации – переносятся в полость матки. После этого пациентка переводится в репродукционное отделение роддома, и первые сроки беременности проводит под наблюдением наших врачей. Вот так вкратце можно описать технологию экстракорпорального оплодотворения. Помимо программы ЭКО в нашем Центре практикуется искусственная инсеминация донорской спермой либо спермой мужа. Она применяется при мужском бес-

плодии и при фертильности женщины. К слову, вот еще одна грань нашего сотрудничества с крупными центрами из других городов, потому что пока у нас нет своего банка донорской спермы. Между тем, этой осенью мы начали работать над программой донации ооцитов, то есть использования донорских яйцеклеток. А затем все-таки планируем приступить и к осуществлению программы суррогатного материнства. Но это в отдаленной перспективе. В ближайшей же перспективе мы намерены освоить преимплантационную диагностику. Она показана женщинам старше 35 лет для выявления в эмбрионах заболеваний, передающихся по наследству – болезнь Дауна и тому подобные. Оборудование для проведения такой диагностики у нас уже есть. В начале будущего года наш эмбриолог пройдет обучение в Самаре, и тогда мы сможем выявлять генетически предрасположенные к этим заболеваниям эмбрионы на самых ранних стадиях и предотвращать рождение детей с наследственными заболеваниями.



Новейший программный замораживатель спермы и эмбрионов Freeze Contorl CI – 8800 (Cryologic-) Австрия. Возможность криоконсервации спермы и эмбрионов, хранение их в течение длительного времени.

Можно заключить, что программа ЭКО – самая сложная и трудоемкая, а значит, дорогостоящая. Насколько доступен этот метод с финансовой точки зрения, то есть бюджета отдельно взятой семьи?

Вопрос о доступности метода ЭКО – отдельная тема. Давайте считать вместе: пребывание в стационаре, где происходит забор яйцеклетки и сама процедура экстракорпорального оплодотворения, обойдется в сумму около 20 тысяч рублей. Здесь нужно уточнить, что жительницы Мордовии пользуются льготами – эта часть расходов оплачивается из бюджета республики. Что же касается предварительного этапа, а в него входят анализы, ряд других исследований и амбулаторное лечение дорогими гормональными препаратами, то его стоимость составляет 30–40 тысяч рублей, которые придется заплатить уже

самим супругам. Понятно, что иногородним пациентам еще сложнее – курс лечения они должны оплатить полностью сами.

В Центр обращаются и жители других регионов?

Да, обращаются. В основном к нам едут из соседних областей – Нижегородской, Ульяновской, Пензенской и даже Московской. Более того, в нашей практике уже были пациентки не только из России, но и иностранки – граждане стран Прибалтики.

Почему они едут именно сюда? Неужели в таких городах, как Москва, Рига, Нижний Новгород или та же Пенза, недостаточно клиник, в которых проводится ЭКО?

Центры, аналогичные нашему, есть далеко не везде. В Пензе, хоть это и довольно крупный город, ничего подобного нет. В

Нижнем Новгороде, в Прибалтике, не говоря уже о Москве, клиники, оказывающие такие услуги, конечно же, есть. Другое дело, что в больших городах и очереди большие. И расценки на предоставляемые там услуги выше. Как мы подсчитали, у нас лечение для иногородних обходится в 50–60 тысяч рублей. Плюс проезд и проживание. Сумма получается немалая, но, видимо, она меньше, чем в Москве или Нижнем Новгороде. Впрочем, мотивы обратиться именно в наш Центр у каждой пары могут быть самые разные: кто-то родом отсюда, у кого-то здесь родственники, а кому-то о нашем Центре рассказали знакомые. В конце концов, для многих людей ЭКО – тот самый случай, когда цель оправдывает любые средства, в том числе и денежные, потраченные на ее достижение. В самом деле, ребенка невозможно оценить в рублях. Всем нам, сотрудникам Центра ЭКО в Саранске, хотелось бы надеяться, что мы просто сумели завоевать доверие наших пациентов и признание со стороны наших более опытных коллег.

Ольга Валерьевна, возвращаясь к тому, с чего мы начали – статистики, вы верите, что методом экстракорпорального оплодотворения можно в обозримом будущем улучшить демографическую ситуацию?

Я верю, что за этим методом большое будущее. Кстати, у той самой Луизы Джой Браун из Великобритании в прошлом году родился мальчик, при этом наследственность не сработала, и ей не пришлось прибегать к экстракорпоральному оплодотворению. В прошлом же году, между прочим, исполнилось 20 лет нашей первой отечественной девочке «из пробирки», и она тоже родила мальчика без помощи ЭКО. В общем-то, мы не ставим перед собой цель улучшить статистику рождаемости, как первоочередную. Как у любого медика, у нас главная цель – помочь конкретным людям с их проблемами. А что может быть важнее детей?..  



Фазово-контрастный инвертированный микроскоп Аксиоверт 200 (Karl Zeiss), оснащенный микроманипуляторами Narishige (Япония). На нем производится методика ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита) при тяжелых формах мужского бесплодия (олигоастенозооспермия)



XII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

19-22 февраля 2008 года, Москва

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

Уважаемые коллеги!

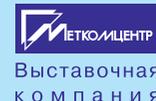
Союз педиатров России приглашает Вас принять участие в работе XII Конгресса педиатров России. Программа Конгресса включает вопросы реализации Национального проекта «Здоровье» в педиатрии, организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, формулярной системы в педиатрии, 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:

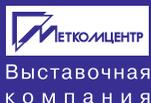
- **Конкурса «Детский врач года»** (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям).
- **Конкурса «Детская медицинская сестра года»** (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям).
- **Конкурса работ молодых ученых.**

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



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



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

Компания Jenapharm:

Компания «Байер Шеринг Фарма» (Bayer Schering Pharma) приступает к реализации на российском рынке новой бизнес-стратегии и представляет бизнес-подразделение «Йенафарм» (Jenapharm). Об этом было заявлено на пресс-конференции в РИА «Новости» 27 сентября 2007 года.



Новая стратегия направлена на укрепление рыночной позиции препаратов, применяемых в гинекологии, срок патентной защиты которых истек, а также на укрепление позиций подразделения в среднем ценовом сегменте фармацевтического рынка России. Для мирового фармацевтического рынка выбранная бизнес-стратегия является уникальной. Решение о ее реализации было принято в

Берлине в сентябре этого года. На «пилотном» этапе она будет применена только в двух странах – Германии и России. По мнению аналитиков Компании, потенциал российского рынка весьма высок, и в успешности первого этапа можно не сомневаться. В дальнейшем, стратегия будет реализовываться и в других приоритетных для развития компании странах. Немецкая фармацевтическая компания «Йенафарм» – дочернее предприятие Bayer Schering Pharma – полностью переориентирует свой ассортимент продукции на жизненный цикл женщины, потребности женского организма и женское здоровье. «Йенафарм» станет первым фармацевтическим предприятием Германии, которое целиком специализируется на продуктах для поддержания женского здоровья. «Проводя эту переориентацию, мы делаем одну из наших самых сильных сторон в прошлом основой нашего будуще-

го», – считает Изабель Роте, один из двух исполнительных директоров компании «Йенафарм». Благодаря многолетнему опыту предприятия и всеобъемлющим знаниям в области гинекологии, «Йенафарм» удалось наработать необычайно обширное медицинское ноу-хау в этой области. В будущем этот опыт предполагается расширить и сконцентрировать исключительно на тех продуктах, которые нацелены на поддержание здоровья женщин. Осуществляя новые разработки и оптимизацию собственных препаратов, а также приобретая продукты других компаний, немецкий фармпроизводитель будет предлагать полный ассортимент лекарственных средств для контрацепции, планирования семьи, ведения беременности, регулирования менопаузы и терапии гинекологических заболеваний. Новая ориентация компании будет отображена в новом корпоративном дизайне.



новая бизнес-стратегия на российском фармацевтическом рынке



Научно-исследовательское фармацевтическое предприятие Jenapharm располагается в Восточной Германии. Специализируясь в области производства препаратов для женского здо-

ровья, Jenapharm сосредоточивает свое внимание на таких направлениях, как контроль фертильности и гормональная терапия. В 1996 году Jenapharm стала дочерней компанией крупнейшего фармацевтического концерна Schering AG, в настоящее время Bayer Schering Pharma AG, что позволило объединить мощный научный потенциал обеих компаний.

Благодаря многолетнему опыту и обширным знаниям, накопленным в области женского здоровья, компании удалось заработать серьезную репутацию в медицинских кругах. Сегодня Jenapharm концентрирует свои усилия на среднем ценовом сегменте и специализируется на производстве оральных контрацептивов и препаратов для заместительной гормонотерапии, чей срок патентной защиты истек. Именно этот факт и стал ключевой идеей возрождения имени Jenapharm в России и образования нового бизнес-подразделения. Jenapharm предлагает широкий спектр оральных контрацептивов. В продуктовой линейке компании Jenapharm в Германии уже сейчас имеются противозачаточные таблетки для молодых женщин, контрацептивы с дополнительным лечебным эффектом (улучшающие состояние кожи при акне и позволяющие контролировать вес), витамины для женщин, ведущих активный образ жизни и витаминно-минеральный комплекс для беременных. Отдельное направление деятельности – разработка препаратов для лечения гинекологических заболеваний, в том числе и онкологического характера. В перспективе эти продукты выйдут на фармацевтический рынок России.

Наряду с выпуском лекарственных средств, важным направлением деятельности компании является консультирование и про-

Женарфарм в России

светительские программы. Ряд специализированных Интернет-ресурсов помогают женщинам и специалистам-гинекологам быть в курсе новейших разработок

в области женского здоровья, обмениваться опытом и актуальной информацией, обращаться за помощью к специалистам

Jenapharm.

Повышение профессионализма и целенаправ-

ленное расширение предлагаемых нашим пациенткам гинекологических средств – основные задачи, стоящие перед коллективом компании Jenapharm сегодня.

ОТ ПЕНИЦИЛЛИНА К ГОРМОНАЛЬНОЙ ТАБЛЕТКЕ

История современной компании Jenapharm, созданной благодаря усилиям д-ра Ханса Кнелля в 1950 году на базе института микробиологии имени Шотта и Цейса, тесно связана с одноименным благотворительным фондом.

В конце 1938 года молодой медик д-р Ханс Кнелль из Франкфурта-на-Майне откликнулся на вакансию Йенского завода по производству стекла «Schott & Gen». Производство стеклянных фритт требовало стерильной фильтрации жидкости, так что профессиональная деятельность Кнелля в бактериологической лаборатории в основном заключалась в тестировании фильтров на пригодность для микробиологических работ. Тем не менее, его научный интерес был прикован к изучению возможности лечения раковых заболеваний с помощью микробиологических препаратов.

Занимаясь поиском подходящей микробной культуры, в 1942 году Кнелль случайно обратил внимание на опубликованную в «Химическом вестнике» статью, посвященную исследованиям пенициллина. Война сделала невозможным доступ к полученной англичанами культуре, т. ч. Кнелль решил самостоятельно выделить ее из плесневого грибка. В конце 1942 года ему это удалось и молодой медик начал производство пенициллина в лабораторных условиях.

В октябре 1944 года Благотворительный фонд им. Цейса и Шотта принял решение оказать ему финансовую и техническую поддержку и создать на базе лаборатории Института микробиологии (Институт имени Шотта и Цейса).

Далее события развивались не менее

стремительно. В 1960 году в США появился первый оральный контрацептив. И по сей день, несмотря на многочисленные непрекращающиеся дискуссии, гормональные таблетки сохраняют лидирующие позиции в сфере борьбы с нежелательной беременностью. В начале 60-х годов Jenapharm разработала собственные базовые компоненты для производства половых гормонов, а в 1965 выпустила первый оральный контрацептив – «Овизистон». В течение многих лет препарат «Валетт» производства Jenapharm остается лидером продаж в Германии (объем продаж в 2004 году составил 46 млн. евро), а контрацептив нового поколения «Петибель» завоевывает все большую популярность.

После приватизации предприятия в июле 1991 года был принят ряд мер по модернизации и расширению производства, благодаря которым в Веймаре был открыт один из крупнейших современных заводов по изготовлению лекарственных препаратов. Компания Jenapharm в первой половине 90-х годов прошлого века переживала бурное развитие, налаживая и расширяя экспортные связи со странами Восточной Европы и Южной Азии. Предыдущий владелец Jenapharm, Штутгартский фармацевтический концерн АО GENE, реструктурировал направления деятельности компании и предложил Schering AG долевое участие в Jenapharm. В результате переговоров в 1996 году 74,9% акций приобрел фармацевтический концерн, который вынашивал решительные планы по приобретению Jenapharm с 1991 года. В 2006 году компания Jenapharm стала дочерним предприятием Bayer Schering Pharma.

Новый сегмент препаратов для



Буркхард Ланггут, глава подразделения Jenapharm в России

Мы позиционируем себя как стопроцентное дочернее предприятие компании Bayer Schering Pharma с собственным производством в Германии и с ассортиментом лекарственных средств, учитывая особенности женского

здоровья. Маркетинговая стратегия Jenapharm в России будет направлена на защиту и активную поддержку оригинальных препаратов, чей срок патентной защиты истек. Именно у этой группы препаратов есть нереализованный

рыночный потенциал. Продукты, которые мы будем продвигать на российском рынке, знакомы многим. Но, к сожалению, после того, как компания Jenapharm стала частью концерна Bayer Schering Pharma, они активно не продвигались на российском фармацевтическом рынке. К основным задачам компании Jenapharm относятся, прежде всего, поддержка продуктов с нереализованным рыночным потенциалом с целью увеличения продаж. Ко второй важной задаче относится необходимость остановить падение доли рынка этих препаратов. Какие же возможности открываются на российском фармацевтическом рынке? Мы начинаем продвижение лекарственных препаратов для поддержания женского здоровья, находящихся в среднем ценовом сегменте. Одновременно с этим мы подготавливаем рынок к выводу новых продуктов в этом ценовом сегменте. Мы хотим создать хорошую репутацию компании Jenapharm у российских гинекологов. Jenapharm предложит оптимальный портфель продуктов,

ЛЮБОВЬ. ЖИЗНЬ. ЗДОРОВЬЕ.



Новый логотип «Йенафарм» состоит из трех полумесяцев, которые плавно перетекают друг в друга, образуя при этом круг, что символизирует собой три цикла в жизни женщины и, в то же время, три связанных с ними сегмента продукции «Йенафарм». Кратко эти сегменты можно описать как «Любовь», «Жизнь» и «Здоровье». Они графически изображаются в виде розового сердца, оранжевого цветка и красного круга.

Сегмент «Любовь» относится к первому периоду в жизни женщины, в ходе которого особая роль отводится предохранению от нежелательной беременности. Являясь лидером рынка в области оральных контрацептивов в Германии, «Йенафарм» уже долгие годы пользуется хорошей репутацией. Благодаря появлению инновационных продуктов эта позиция еще более упрочится.

Символом многоцветия жизни является оранжевый цветок, представляющий этот продуктовый сегмент. Для того чтобы женщины могли без лишних тягот наслаждаться жизнью, «Йенафарм» предлагает, с

одной стороны, все, что связано с планированием семьи, начиная от витаминов и минеральных веществ, которые принимаются в период беременности. Витамины так же помогают женщинам вести активный образ жизни.

Логотип обновленной компании «Йенафарм», который начинается с любви и сопутствует жизни женщины, замыкается ее здоровьем. Здоровье символизирует красный круг. В данном сегменте рынка представлены, прежде всего, продукты для регулирования менопаузы, однако наряду с этим предлагаются также препараты для лечения целого ряда гинекологических заболеваний.

Jenapharm



Любовь Жизнь Здоровье

сохранения женского здоровья

предназначенных для сохранения женского здоровья. Врачи в скором будущем получат возможность назначать качественные препараты, заслужившие доверие, по доступной цене.

А что же Jenapharm предложит аптекам? Прежде всего, широкий ассортимент препаратов. У аптекаря всегда будет в распоряжении любой продукт компании Jenapharm.

Как же родилась идея позиционировать компанию Jenapharm в России? Благодаря анализу экономических показателей в РФ, удалось установить, что валовый внутренний продукт за последние шесть лет возрос. Впрочем, такая же тенденция наблюдается в отношении среднемесячного дохода, который за последние шесть лет увеличился в пять раз. Это свидетельствует о том, что у современной российской женщины появились дополнительные денежные средства для приобретения необходимых медикаментов.

В России ежегодно фиксируется более 1,5 млн. абортов. К сожалению, 15% всех абортов провоцирует большое количество побочных эффектов. От 7 до 8% женщин после перенесенных абортов становятся бесплодными. Наша компания проводит просветительскую деятельность, направленную на воспитание женщин. Потому что основная цель любого гинеколога – сократить число абортов, отойти от этой традиционной модели планирования семьи, заменив ее приемом оральных контрацептивов. Анализ экономической ситуации, а также ситуации в целом показал, что все больше и больше российских женщин думают о карьере и позднее заводят семью. В последнее время резко увеличилось количество женщин, которые рожают своего первого ребенка после 35 лет. Для того, чтобы ребенок родился здоровым, нужно всячески препятствовать абортам. Только благодаря контрацептивам можно достигнуть 100% надежности. Интересна также и финансовая ситуация на фармацевтическом



рынке. Поскольку расходы на контрацептивы не возмещаются государством, то мы находимся в том сегменте рынка, в котором лекарственные препараты приобретаются за наличный расчет.

К сожалению, в России этот сегмент имеет большую долю. Наша цель заключается в том, чтобы предложить женщинам препараты в так называемом среднем ценовом сегменте. 

ОПТИМАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА В ТЕЧЕНИЕ КАЖДОЙ ЖИЗНЕННОЙ ФАЗЫ

«Избрав новую ориентацию, «Йенафарм» ставит своей задачей обеспечить оптимальную поддержку в течение каждой жизненной фазы около 42 миллионов женщин в Германии», – пояснил д-р Виктор Гайслер, генеральный директор «Йенафарм». Неважно, стоит ли вопрос именно о предохранении от нежелательной беременности или о планировании семьи, идет ли речь о потребностях молодых девушек или о проблемах взрослых женщин. Исчерпывающую информацию по женскому здоровью, от конкретной помощи, обеспечиваемой современными лекарственными средствами, до консультаций и обширных информационных материалов, можно получить на обновленном сайте www.jenapharm.de. Это целостный

ресурс, контент которого, разработанный с учетом индивидуального подхода, сориентирован как на пациенток, так и на гинекологов. И это относится не только к Германии. В сентябре 2007 года подразделение «Йенафарм» в составе компании Bayer Schering Pharma начнет свою деятельность в России и будет поставлять лекарственные средства для этого рынка. Постепенно планируется охватить и другие европейские страны. В России в ближайшем будущем планируется запуск русифицированного сайта компании. Сайт по своему наполнению будет аналогичен немецкому. На новом интернет-ресурсе российские женщины и специалисты в области женского здоровья найдут много полезной и актуальной информации.

Таблетки для желанных детей



Мария Булгакова, бизнес-юнит Jenapharm, менеджер по маркетингу

Мы начинаем свою деятельность с пяти продуктов, которые принадлежали компании Bayer Schering Pharma. Все эти продукты оригинальные. Но на часть из них закончились патенты. В свое время наша компания прекратила их продвижение, потому что имела

более инновационные молекулы. А эти продукты продолжали, тем не менее, продаются на рынке. Но так как их никто не поддерживал, продажи их были не столь велики. В настоящее время мы начинаем их активное продвижение среди гинекологов.

В нашем портфеле присутствуют три оральных контрацептива. Интересно, что свой первый оральный контрацептив компания Jenapharm, находившаяся тогда в восточной Германии, назвала таблеткой для желанных детей. В западных странах их называли противозачаточными таблетками. Тем самым Jenapharm хотела подчеркнуть, что производя контрацептивную продукцию, она делает благое дело.

В нашем ассортименте три оральных контрацептива. Два из них – это монофазные контрацептивы, Фемоден и Микрогинон, и один трехфазный контрацептив – Триквилар. Могу сказать, что Фемоден мы будем продвигать для молодых девушек и женщин, Микрогенон предназначен для более старшей возрастной группы. Триквилар – это трехфазный препарат, он имеет несколько другие показания для женщин, которые не переносят монофазные контрацептивы. И, кроме того, он идеально подходит для молодых девушек, которых гинекологи называют

«twiggy girls», у которых наблюдается недостаток женских половых гормонов, эстрогенов.

Если в Германии Jenapharm сориентирована на производство и продвижение гормональных препаратов, то в России мы имеем в нашем продуктовом портфеле еще два негормональных препарата. Один из них – это контрацептив местного действия, внутриматочная медьсодержащая спираль Нова-Т.

Эта спираль устанавливается женщине на 5 лет и этот способ длительной контрацепции показан женщинам, которые имеют стабильную семью и детей, и не планируют следующую беременность в течение ближайших пяти лет.

И еще один продукт, о котором необходимо рассказать. Это свечи Нео-Пенотран – первый препарат с оптимальным сочетанием активных компонентов в эффективной дозе для лечения бактериального вагиноза, вагинального кандидоза (молочницы) и трихомонадного вагинита.

Поскольку все наши продукты являются рецептурными, то основным каналом продвижения их на российском рынке, конечно же, будут медицинские представители и врачи-гинекологи. Мы начинаем свою деятельность с 1 октября 2007 года, и наши медицинские представители будут работать в 30-40 городах России. Выбирая города, мы ориентировались на объем фармацевтического рынка и на численность населения. Кроме этого, нас интересовал рост доходов населения и рост численности среднего класса в этих городах. И, основываясь на этих экономических показателях, мы выбираем те места, где будут работать наши медицинские представители. Это не только города-миллионники, но и гораздо более мелкие города: Курск, Липецк, Орел, где очень активно сейчас развивается средний класс и, соответственно, все больше и больше появляется женщин, которым мы хотим предложить свои качественные продукты.

ПРОДУКТОВЫЙ ПОРТФЕЛЬ ПРЕПАРАТЫ ЖЕНАРНАРМ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ

ОРАЛЬНЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Микрогинон – монофазный низкодозированный оральный контрацептив, содержащий прогестаген левоноргестрел

Триквилар – трехфазный низкодозированный оральный контрацептив, содержащий прогестаген левоноргестрел

Фемоден – монофазный низкодозированный оральный контрацептив, содержащий прогестаген гестоген

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ СРЕДСТВА

Нова-Т – внутриматочная медьсодержащая спираль

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Нео-Пенотран – первый препарат с оптимальным сочетанием активных компонентов в эффективной дозе для лечения бактериального вагиноза, вагинального кандидоза (молочницы) и трихомонадного вагинита



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Контрацептивные гормоны: новый взгляд на терапию женских заболеваний

2 октября, в Центре Международной торговли, в рамках IX ежегодного научного форума «Мать и Дитя» состоялся симпозиум компании Bayer Schering Pharma «Эволюция контрацепции и клиническая практика».

Симпозиум открылся вступительным словом Веры Николаевны Прилепской, заслуженного деятеля науки, доктора медицинских наук, профессора Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Она выступила со своим докладом «Эндометриоз и контрацептивные гормоны».

В настоящее время эндометриоз встречается у 5-10 % всех женщин репродуктивного возраста. Патогенез эндометриоза до конца не изучен. Существует два метода лечения эндометриоза – хирургический и медикаментозный. В последние годы все чаще применяется комплексный метод лечения. Гормональному лечению эндометриоза и роли в нем контрацептивных гормонов в последние годы уделяется особое внимание ввиду их высокой приемлемости. В.Н. Прилепская представила вниманию слушателей группу прогестагенов с различными фармацевтическими свойствами. Особое внимание она уделила отдельно стоящему прогестагену диеногесту. В чем же его отличие? Диеногест – первый прогестаген, который практически не влияет на метаболизм липидов. Он обладает высокой биодоступностью, поэтому для биологического действия достаточно небольших доз. Путем клинических исследований было показано, что диеногест способен активно влиять на клинические проявления эндометриоза, оказывая при этом еще и антианδροгенный эффект на кожу и практически не влияя на метаболические процессы. После изучения свойств диеногеста на его основе был синтезирован препарат «Жаннин» – единственный

монофазный низкодозированный оральный контрацептив, содержащий диеногест. В клинических исследованиях показана эффективность препарата в лечении эндометриоза. В.Н. Прилепская добавила, что появление этого препарата открыло новые возможности в лечении эндометриоза контрацептивными гормонами. Симпозиум продолжила доктор медицинских наук Марина Анатольевна Тарасова. Она выступила с докладом «Предменструальный синдром. Неизвестное об известном».

Предменструальный синдром или ПМС называют циклическим синдромом, или синдромом предменструального напряжения. Согласно статистике, до 95% женщин испытывают ПМС. 3-8% женщин страдают тяжелыми формами ПМС. В настоящее время отсутствует единая теория патогенеза ПМС. Применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) является наиболее распространенной терапевтической тактикой при ПМС. Однако при этом выраженность симптоматики ПМС не всегда уменьшается, а может даже усугубляться, что связано с дефицитом натурального прогестерона. М.А. Тарасова привела данные многочисленных клинических исследований, в которых показано позитивное влияние препарата «Ярина», в состав которого входит прогестаген дроспиренон, на соматические и психоэмоциональные симптомы ПМС. Через три цикла лечения отмечалась тенденция к улучшению, а через шесть циклов было выявлено статистически значимое увеличение показателя

общего самочувствия. М.А. Тарасова добавила, что применение препарата «Ярина» патогенетически обосновано у женщин, имеющих увеличение массы тела или повышение артериального давления при приеме комбинированных контрацептивов, а также требующих терапии в связи с ПМС, угревой болезнью, легкой артериальной гипертензией или идиопатическими отеками.

Заключительным этапом симпозиума стало выступление Елены Анатольевны Межевитиновой, кандидата медицинских наук, старшего научного сотрудника Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Она выступила с докладом «Внутриматочная гормональная система – как контрацептивное и лечебное средство». Е.А. Межевитинова сообщила о последнем поколении внутриматочных контрацептивов, к которым относятся гормоно-содержащие внутриматочные системы. Среди них наибольший клинический интерес представляет внутриматочная левоноргестрел релизинг-система «Мирена», сочетающая в себе свойства гормональной и внутриматочной контрацепции.

Ключ к успеху «Мирены®» заключается в том, что у препарата практически отсутствуют побочные эффекты и противопоказания. Более того, «Мирена®» обладает дополнительными преимуществами: уменьшение обильности, продолжительности и болезненности менструаций.

После презентации всех докладов слушатели, аудиторию которых составляли врачи гинекологи, получили возможность задать интересующие их вопросы по представленным презентациям.

Источник: пресс-релиз
компании Bayer Schering Pharma

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».



Лактогин

Первый в мире оральный пробиотик для нормализации вагинальной микрофлоры

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



phytoneering

Раскрывая силу растений

Ваш цикл как часы

ЦИКЛОДИНОН®

(Агнукастон)®

- Лечение нарушений менструального цикла
- Удобен однократным суточным приемом



Рег. уд. П № 013429/02
Рег. уд. П № 013429/01


BIONORICA®
The **phytoneering** company

Представительство БИОНОРИКА АГ, Россия
Тел.: (495) 502-90-19, факс: (495) 734-12-00
<http://www.bionorica.ru> e-mail: bionorica@co.ru