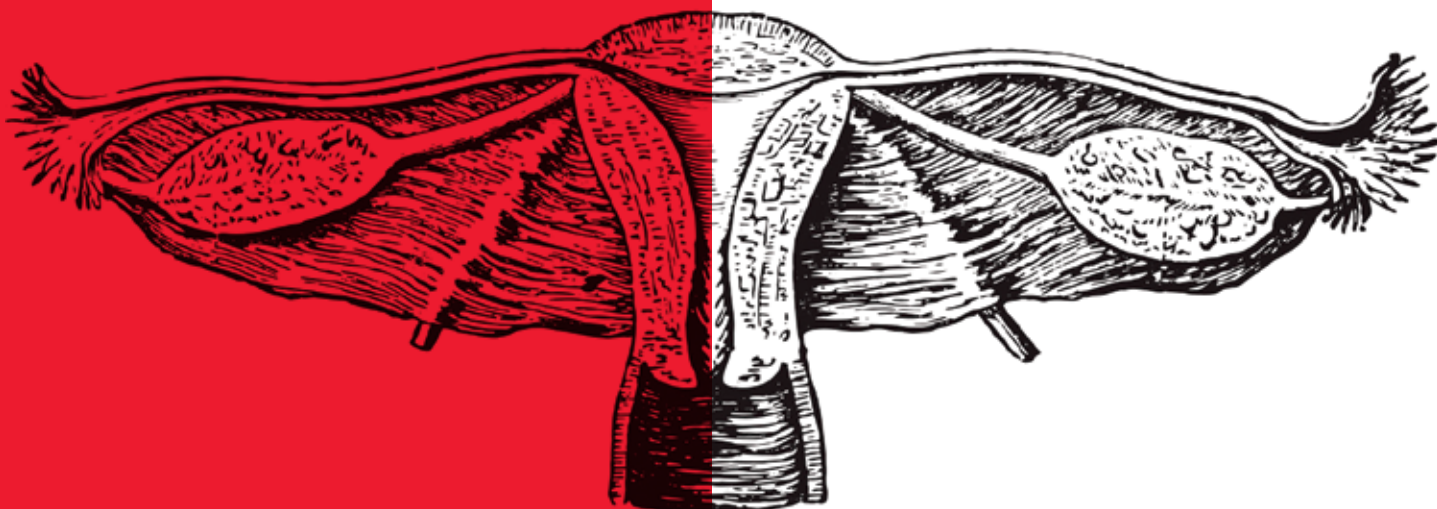


# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

# ТЕРАПИЯ

№ **7** **ТОМ 19**  
**2023**



## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ № 1

Эффективность  
ацидофильных бактерий  
и витаминно-минерального  
белково-пептидного  
комплекса  
при бактериальном  
вагинозе

6

Нарушения  
менструального цикла  
у девочек-подростков,  
обусловленные  
пандемией COVID-19

34

Дифференциальная  
диагностика  
рака шейки матки  
в перименопаузе

73



[umedp.ru](http://umedp.ru)

Свежие выпуски  
и архив журнала

# Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар



Агентство «Медфорум» ведет трансляции на <https://umedp.ru/online-events/> из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.



## Преимущества



**Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи** – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы



**Таргетированная рассылка** – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону



**Собственная оборудованная видеостудия** в Москве



**Качество подключений** к трансляции на неограниченное число участников



**Обратная связь с аудиторией** – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире



**Учет подключений к просмотру и итоговая статистика**



**Запись видео публикуется** на <https://umedp.ru/> – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)



**Диалог с экспертом**



**1000+** онлайн-участников



**Изображения в 2 окна** (презентация, спикер)



**700+** просмотров записи вебинара на YouTube

## Еще больше возможностей предложим по вашему запросу



Эффективная фармакотерапия. 2023.  
Том 19. № 7.  
Акушерство и гинекология

ISSN 2307-3586

© Агентство медицинской информации «Медфорум»  
127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3  
Тел. (495) 234-07-34  
www.medforum-agency.ru

**Руководитель проекта**  
«Акушерство и гинекология»  
О. ГОРШКОВА  
(o.gorshkova@medforum-agency.ru)

Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),  
*член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*), *д.м.н. (Москва)*  
Ф.Т. АГЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*  
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*  
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.В. ГОРЕЛОВ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.А. ДАЙХЕС, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.В. КНЯЗЕВ, *д.м.н. (Москва)*  
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*  
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*  
Л.В. ЛУСС, *академик РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*  
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.Н. МИНУШКИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.М. МКРТУМЯН, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.М. НЕНАШЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.Ю. ОВЧИННИКОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.А. ПЕТУНИНА, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*

Effective Pharmacotherapy. 2023.  
Volume 19. Issue 7.  
Obstetrics and Gynecology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency  
1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation  
Phone: 7-495-2340734  
www.medforum-agency.ru

**Advertising Manager**  
‘Obstetrics and Gynecology’  
O. GORSHKOVA  
(o.gorshkova@medforum-agency.ru)

Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),  
*Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Igor S. BAZIN (*Executive Editor*), *MD, PhD (Moscow)*  
Fail T. AGEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*  
Dmitry S. BORDIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Natalya M. VOROBYOVA, *MD, PhD (Moscow)*  
Olga V. VOROBYOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Mikhail A. GOMBERG, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Vera A. GORBUNOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Aleksandr V. GORELOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Nikolay A. DAIKHES, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Lev V. DEMIDOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Andrey A. ZAYTSEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Vladimir V. ZAKHAROV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina N. ZAKHAROVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Dmitry Ye. KARATEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Aleksandr V. KARAULOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Yury A. KARPOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Yelena P. KARPOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Oleg V. KNYAZEV, *MD, PhD (Moscow)*  
Vitaly V. KOVALCHUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina M. KORSUNSKAYA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Grigory G. KRIVOBORODOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina V. KUZNETSOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Olga M. LESNYAK, *Prof. MD, PhD (St. Petersburg)*  
Igor A. LOSKUTOV, *MD, PhD (Moscow)*  
Lyudmila V. LUSS, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Dmitry Yu. MAYCHUK, *MD, PhD (Moscow)*  
Aleksandr B. MALAKHOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Sergey Yu. MARTSEVICH, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Oleg N. MINUSHKIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Ashot M. MKRTUMYAN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
David V. NEBIERIDZE, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Natalya M. NENASHEVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Andrey Yu. OVCHINNIKOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Olga Sh. OYNOTKINOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Nina A. PETUNINA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*

## Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)  
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)  
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)  
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)  
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

## Редакционный совет

### Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН, К.Р. БАХТИЯРОВ,  
В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,  
С.А. ЛЕВАКОВ, Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА,  
Т.В. ОВСЯННИКОВА, С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,  
В.Н. СЕРОВ, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

### Аллергология и иммунология

Т.У. АРИПОВА, О.М. КУРБАЧЕВА, О.И. ЛЕТЯЕВА,  
Т.П. МАРКОВА, Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА,  
Т.Т. НУРПЕИСОВ, И.А. ТУЗАНКИНА, Р.М. ФАЙЗУЛЛИНА

### Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛЬМЕР, С. БОР,  
И.А. БОРИСОВ, Е.И. БРЕХОВ, Е.В. ВИННИЦКАЯ,  
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,  
М. ЛЕЯ, М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ,  
В.А. МАКСИМОВ, Ф. Ди МАРИО, Е.А. САБЕЛЬНИКОВА

### Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,  
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА, С.А. МАСЮКОВА,  
А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,  
И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,  
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

### Кардиология и ангиология

Г.А. БАРЫШНИКОВА, М.Г. БУБНОВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,  
М.Ю. СИТНИКОВА, М.Д. СМIRНОВА, О.Н. ТКАЧЕВА

### Неврология и психиатрия

#### Неврология

Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,  
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,  
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,  
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,  
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,  
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,  
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,  
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

#### Психиатрия

А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,  
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,  
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

## Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

## Editorial Council

### Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN, K.R. BAKHTIYAROV,  
V.F. BEZHENAR, O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA,  
S.A. LEVAKOV, L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,  
T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA,  
V.N. SEROV, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

### Allergology and Immunology

T.U. ARIPOVA, O.M. KURBACHEVA, O.I. LETYAEVA,  
T.P. MARKOVA, N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA,  
T.T. NURPEISOV, I.A. TUZANKINA, R.M. FAYZULLINA

### Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, S. BOR,  
I.A. BORISOV, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,  
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,  
M. LEYA, M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA,  
V.A. MAKSIMOV, F. Di MARIO, E.A. SABELNIKOVA

### Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,  
N.G. KOCHERGIN, Ye.V. LIPOVA, S.A. MASYUKOVA,  
A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV,  
I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN, A.N. KHLEBNIKOVA,  
A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

### Cardiology and Angiology

G.A. BARYSHNIKOVA, M.G. BUBNOVA, Zh.D. KOBALAVA,  
M.Yu. SITNIKOVA, M.D. SMIRNOVA, O.N. TKACHEVA

### Neurology and Psychiatry

#### Neurology

Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,  
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,  
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,  
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,  
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,  
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,  
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEV, N.A. SHAMALOV,  
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

#### Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,  
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZNANOV,  
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

### **Онкология, гематология и радиология**

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, Н.С. БЕСОВА,  
М.Б. БЫЧКОВ, А.М. ГАРИН, С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН,  
А.А. МЕЩЕРЯКОВ, И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ,  
А.Г. ТУРКИНА

### **Офтальмология**

Д.Г. АРСЮТОВ, Т.Г. КАМЕНСКИХ, М.А. КОВАЛЕВСКАЯ,  
Н.И. КУРЫШЕВА, А.В. МЯГКОВ, М.А. ФРОЛОВ, А.Ж. ФУРСОВА

### **Педиатрия**

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,  
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

### **Пульмонология и оториноларингология**

С.Н. АВДЕЕВ, А.А. ВИЗЕЛЬ, О.В. КАРНЕЕВА,  
Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ, Е.В. ПЕРЕДКОВА,  
Е.Л. САВЛЕВИЧ, О.И. СИМОНОВА, Е.И. ШМЕЛЕВ

### **Ревматология, травматология и ортопедия**

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,  
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЫКИНА,  
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,  
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,  
Н.В. ЯРЫГИН

### **Урология и нефрология**

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,  
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,  
Е.М. ШИЛОВ

### **Эндокринология**

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,  
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,  
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,  
М.В. ШЕСТАКОВА

### **Эпидемиология и инфекции**

Н.Н. БРИКО, Г.Х. ВИКУЛОВ, Л.Н. МАЗАНКОВА, Е.В. МЕЛЕХИНА,  
А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА, Н.В. СКРИПЧЕНКО,  
А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО, Ф.С. ХАРЛАМОВА

## Редакция

**Шеф-редактор** Т. ЧЕМЕРИС

**Выпускающие редакторы** Н. ФРОЛОВА, Н. РАМОС

**Журналисты** А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

**Корректор** Е. САМОЙЛОВА

**Дизайнеры** Т. АФОНЬКИН, Н. НИКАШИН

### **Oncology, Hematology and Radiology**

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, N.S. BESOVA,  
M.B. BYCHKOV, A.M. GARIN, S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN,  
A.A. MESHCHERYAKOV, I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV,  
A.G. TURKINA

### **Ophthalmology**

D.G. ARSYUTOV, T.G. KAMENSKYKH, M.A. KOVALEVSKAYA,  
N.I. KURYSHEVA, A.V. MYAGKOV, M.A. FROLOV, A.Zh. FURSOVA

### **Pediatrics**

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,  
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

### **Pulmonology and Otorhinolaryngology**

S.N. AVDEEV, A.A. VIZEL, O.V. KARNEEVA,  
N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV, Ye.V. PEREDKOVA,  
Ye.L. SAVLEVICH, O.I. SIMONOVA, E.I. SHMELEV

### **Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics**

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,  
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,  
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,  
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,  
N.V. YARYGIN

### **Urology and Nephrology**

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,  
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,  
Ye.M. SHILOV

### **Endocrinology**

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,  
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,  
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,  
M.V. SHESTAKOVA

### **Epidemiology and Infections**

N.N. BRIKO, G.Kh. VIKULOV, L.N. MAZANKOVA, Ye.V. MELEKHINA,  
A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA, N.V. SKRIPCHENKO,  
A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO, F.S. KHARLAMOVA

## Editorial Staff

**Editor-in-Chief** T. CHEMERIS

**Commissioning Editors** N. FROLOVA, N. RAMOS

**Journalists** A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

**Corrector** Ye. SAMOYLOVA

**Art Designers** T. AFONKIN, N. NIKASHIN

Тираж 20 000 экз. Выходит 4 раза в год.  
Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.  
Бесплатная подписка на электронную версию журнала  
на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Любое воспроизведение материалов и их фрагментов возможно только с письменного разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором. Информация размещена на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

Print run of 20 000 copies. Published 4 times a year.  
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.  
Free subscription to the journal electronic version  
on the website [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials. Any reproduction of materials and their fragments is possible only with the written permission of the journal. The Editorials' opinion may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted with the instructions for authors and the public copyright agreement. The information is available on the website [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

# Содержание

## Клинические исследования

- Е.В. ТИХОМИРОВА, В.Е. БАЛАН, Е.В. КРУЧИНИНА, П.В. БАЛАН, С.А. ОРЛОВА, Ю.П. ТИТЧЕНКО, Е.А. ЛЕВКОВИЧ, В.Я. ЯЦЮК  
Возможность применения крема дозированного Ацилакт Duo при бактериальном вагинозе 6
- Н.Ф. КУНЕСШКО, И.Х. ЦАРОЕВА, Ю.О. КОСМАКОВА  
Эффективность применения терлипессина (Реместипа) при выполнении миомэктомии во время кесарева сечения 14
- К.В. КРАСНОПОЛЬСКАЯ, И.Ю. ЕРШОВА, А.А. САМОЙЛОВА  
Репродуктологические аспекты проблемы консервативного хирургического лечения эндометриоидных кист яичников 18
- А.Э. ЕСЕДОВА, А.Ю. ИСЛАМОВА, Т.С. МАГОМЕДОВА, Ф.С. МАМЕДОВ  
Отдаленные результаты профилактики осложнений после медицинского аборта 24

## Ретроспективные исследования

- О.А. ПАУЗИНА, И.А. АПОЛИХИНА, С.В. РОМАНОВ, А.Р. ДУДКИНА, А.С. САИДОВА, О.П. АБАЕВА, К.В. ЕВДОКИМОВА  
Возможные факторы риска развития постоперационного пролапса тазовых органов 28

## Обзор

- Л.В. АДАМЯН, Е.В. СИБИРСКАЯ, И.В. КАРАЧЕНЦОВА, Ю.А. КИРИЛЛОВА, М.А. ЛОШКАРЕВА, А.В. КРАСИВСКАЯ  
Нарушения менструального цикла у подростков, вызванные пандемией COVID-19. Обзор литературы 34
- Е.В. СИБИРСКАЯ, С.Ф. ТОРУБАРОВ, Е.Д. БУРХАНСКАЯ, Г.Н. АББАСОВА, Л.Г. ПАПЯН  
Аналитический обзор состояния репродуктивного здоровья девочек и девушек Московской области. Анализ работы 40
- И.В. КАРАЧЕНЦОВА, Е.В. СИБИРСКАЯ, М.Ю. ЧЕРНЫШЕВА  
Репродуктивное здоровье девочек и девушек Москвы. Развитие специализированной помощи 48

## Клиническая практика

- Л.В. АДАМЯН, Е.В. СИБИРСКАЯ, И.В. КАРАЧЕНЦОВА, И.Н. СКАПЕНКОВ, Д.С. АВЕТИСЯН, Е.И. КРЫЛОВА, Е.Д. НАХАПЕТЯН  
Новообразования полости малого таза в педиатрии. Особенности дифференциальной диагностики 54
- Е.В. СИБИРСКАЯ, И.В. КАРАЧЕНЦОВА, И.А. МЕЛЕНЧУК, Д.Ю. ГРИПАС, С.К. УКОЛОВА  
Клинический случай гигантской фиброаденомы у 13-летней девочки. Особенности диагностики 59
- Е.В. СИБИРСКАЯ, И.В. КАРАЧЕНЦОВА, С.М. ШАРКОВ, Ю.А. КИРИЛЛОВА, Е.В. ПАВЛОВА  
Гигантская опухоль яичника у 16-летней девочки 64
- Е.В. СИБИРСКАЯ, И.В. КАРАЧЕНЦОВА, К.С. БАРАНОВ, Ю.А. КИРИЛЛОВА, П.О. НИКИФОРОВА  
Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов при полном выпадении матки 70
- Е.В. СИБИРСКАЯ, П.О. НИКИФОРОВА  
Дифференциальная диагностика рака шейки матки в перименопаузе 73

## Медицинский форум

- Вагинальные инфекции. Рациональные решения на пути преодоления терапевтических неудач 76
- Стресс у беременных и его влияние на перинатальный исход. Что в компетенции гинеколога? 79
- Эволюция терапии вульвовагинальных инфекций. Новые возможности 82

## Приложение

- Тезисы 90

# Contents

## Clinical Studies

- Ye.V. TIKHOMIROVA, V.Ye. BALAN, Ye.V. KRUCHININA, P.V. BALAN, S.A. ORLOVA, Yu.P. TITCHENKO, Ye.A. LEVKOVICH, V.Ya. YATSYUK  
The Effectiveness of the Dosed Cream Acilact Duo in Patients with Bacterial Vaginosis 6
- N.F. KUNESHKO, I.Kh. TSAROEVA, Yu.O. KOSMAKOVA  
The Effectiveness of Terlipressin (Remestyp) in Performing Myomectomy During Cesarean Section 14
- K.V. KRASNOPOLSKAYA, I.Yu. YERSHOVA, A.A. SAMOYLOVA  
Reproductive Aspects of the Problem of Conservative Surgical Treatment of Endometrioid Ovarian Cysts 18
- A.E. ESEDOVA, A.Yu. ISLAMOVA, T.S. MAGOMEDOVA, F.S. MAMEDOV  
Long-Term Results of Prevention of Complications After Medical Abortion 24

## Retrospective Studies

- O.A. PAUZINA, I.A. APOLIKHINA, S.V. ROMANOV, A.R. DUDKINA, A.S. SAIDOVA, O.P. ABAEVA, K.V. YEVDOKIMOVA  
Possible Risk Factors for Postoperative Pelvic Organ Prolapse 28

## Review

- L.V. ADAMYAN, Ye.V. SIBIRSKAYA, I.V. KARACHENTSOVA, Yu.A. KIRILLOVA, M.A. LOSHKAREVA, A.V. KRASIVSKAYA  
Menstrual Irregularities in Adolescents Caused by the COVID-19 Pandemic. Literature Review 34
- Ye.V. SIBIRSKAYA, S.F. TORUBAROV, Ye.D. BURKHANSKAYA, G.N. ABBASOVA, L.G. POPYAN  
Analytical Review of the Status of Reproductive Health of Girls and Young Women in Moscow Region. Analysis of Work 40
- I.V. KARACHENTSOVA, Ye.V. SIBIRSKAYA, M.Yu. CHERNYSHEVA  
Reproductive Health of Girls and Adolescents in Moscow. Development of Specialized Care 48

## Clinical Practice

- L.V. ADAMYAN, Ye.V. SIBIRSKAYA, I.V. KARACHENTSOVA, I.N. SKAPENKOV, D.S. AVETISYAN, Ye.I. KRYLOVA, Ye.D. NAKHAPETYAN  
Neoplasms of the Pelvic Cavity in Pediatrics. Features of Differential Diagnosis 54
- Ye.V. SIBIRSKAYA, I.V. KARACHENTSOVA, I.A. MELENCHUK, D.Yu. GRIPAS, S.K. UKOLOVA  
Giant Juvenile Fibroadenoma of the Breast in a 13-Year-Old Girl: a Case Report. Diagnostic Features 59
- Ye.V. SIBIRSKAYA, I.V. KARACHENTSOVA, S.M. SHARKOV, Yu.A. KIRILLOVA, Ye.V. PAVLOVA  
A Giant Ovarian Tumor in a 16-Year-Old Girl 64
- Ye.V. SIBIRSKAYA, I.V. KARACHENTSOVA, K.S. BARANOV, Yu.A. KIRILLOVA, P.O. NIKIFOROVA  
Surgical Correction of Pelvic Organ Prolapse Association with Total Uterine Prolapse 70
- Ye.V. SIBIRSKAYA, P.O. NIKIFOROVA  
Differential Diagnosis of Cervical Cancer in Perimenopause 73

## Medical Forum

- Vaginal Infections. Rational Solutions to Overcome Therapeutic Failures 76
- Stress in Pregnant Women and Its Effect on Perinatal Outcome. What Is in the Competence of a Gynecologist? 79
- Evolution of Therapy for Vulvovaginal Infections. New Features 82

## Application

- Theses 90

## г. Санкт-Петербург

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта»  
(Менделеевская линия, 3)



ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА  
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

# XVI РЕГИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя

28–30 ИЮНЯ 2023 ГОДА



NSAGP.RU | ROAG-PORTAL.RU

ОЧНЫЙ ФОРМАТ

## Руководители форума



Руководитель форума, академик РАН  
**Сухих Г.Т.**



Президент РОАГ, академик РАН  
**Серов В.Н.**

РЕКЛАМА

Участие в научной программе  
**Баранов Игорь Иванович**  
+7 (495) 438-94-92  
i\_baranov@oparina4.ru

Менеджер проекта  
**Анастасия Князева**  
+7 (495) 721-88-66 (112)  
+7 (926) 611-23-94  
knyazeva@medievent.ru

Регистрация участников  
**Николай Скибин**  
+7 (495) 721-88-66 (111)  
+7 (929) 646-51-66  
reg@medievent.ru

Менеджер по рекламе и PR  
**Ирина Пронина**  
+7 (495) 721-88-66 (125)  
+7 (926) 611-23-59  
pr@medievent.ru



Конгресс-оператор: ООО «МЕДИ Ивент» | +7 (495) 721-88-66 | mail@medievent.ru  
Подробнее на сайте [mother-child.ru](http://mother-child.ru) и [medievent.ru](http://medievent.ru)



# Возможность применения крема дозированного Ацилакт Дуо при бактериальном вагинозе

Е.В. Тихомирова, к.м.н., В.Е. Балан, д.м.н., проф., Е.В. Кручинина, к.м.н., П.В. Балан, к.б.н., С.А. Орлова, Ю.П. Титченко, к.м.н., Е.А. Левкович, В.Я. Яцюк, д.ф.н., проф.

Адрес для переписки: Елена Владиславовна Тихомирова, [heltik03@gmail.com](mailto:heltik03@gmail.com)

Для цитирования: Тихомирова Е.В., Балан В.Е., Кручинина Е.В. и др. Возможность применения крема дозированного Ацилакт Дуо при бактериальном вагинозе. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 6–12.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-6-12

*Бактериальный вагиноз (БВ) – клиническое состояние, при котором нормальная влагалищная микрофлора, состоящая преимущественно из лактобацилл, замещается другими микроорганизмами, главным образом анаэробами. Цель лечения бактериального вагиноза – восстановить нормальную микрофлору влагалища, затормозить рост микроорганизмов, не свойственных данному вагинальному микроценозу.*

**Цель исследования** – оценить эффективность различных методов комбинированного двухэтапного лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы.** В исследование были включены 50 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст –  $29,6 \pm 4,5$  года) с БВ. Первую группу составили 25 пациенток, получавших на первом этапе лечения Клиндамицин 2%-ный крем в течение семи дней по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе в данной группе использовали ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо) по одной свече один раз в день на ночь интравагинально в течение десяти дней. Во вторую группу вошли 25 пациенток, получавших на первом этапе Клиндацимин крем в течение семи суток по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе пациенткам данной группы назначали препарат, содержащий лиофилизированную культуру лактобактерий *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini* не менее  $1 \times 10^8$  КОЕ по одной капсуле во влагалище на ночь в течение 14 дней.

**Результаты.** Эффективность терапии БВ составила 92% ( $n = 46$ ). Длительность ремиссии в группе женщин, получавших адъювантную терапию кремом дозированным Ацилакт Дуо, достигла  $24,1 \pm 2,1$  дня ( $n = 24$ ), в группе сравнения –  $19,9 \pm 2,3$  дня ( $n = 22$ ). У всех пациенток среднее значение рН влагалища до начала терапии составляло  $5,5 \pm 0,4$ . После терапии этот показатель у пациенток первой группы составил  $4,541 \pm 0,143$ , у пациенток второй группы –  $4,976 \pm 0,241$ .

У пациенток обеих групп до лечения выявлен дисбиоз влагалища различной выраженности (нормоценоз не обнаружен). После терапии в первой группе нормоценоз влагалища достигнут у 88% пациенток (22/25), во второй – у 72% (18/25), на третьем визите (через 45 дней) – у 84% (21/25) и 64% (16/25) пациенток соответственно.

**Выводы.** Ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (крем дозированный Ацилакт Дуо) быстро восстанавливает оптимальную кислотность влагалища (показатель рН) и способствует росту численности полезных лактобактерий, что создает оптимальную и естественную микрофлору, препятствующую появлению дисбиоза у пациенток репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** репродуктивный возраст, бактериальный вагиноз, микробиом, рН влагалищного содержимого, Фемофлор, пептидно-белковый комплекс из лейкоцитов свиной крови, лактобактерии, микробиота влагалища





## Введение

Термин «микробиом» впервые был предложен в 2001 г. для обозначения коллективного сообщества микроорганизмов. Микробиом представляет собой сообщество бактерий, находящихся как внутри, так и снаружи макроорганизма [1]. Вагинальная микробиота является частью общего микробиома и имеет особое значение для женщин любой возрастной группы, поскольку влияет на вагинальное здоровье. Ее изменения могут обуславливать и поддерживать серьезную патологию урогенитального тракта, развитие восходящей инфекции, диспареунии, сексуальное здоровье и общее качество жизни. По мере развития молекулярных методов понимание разнообразия и сложности этого сообщества бактерий существенно расширилось. Доказано, что среда, обогащенная видами *Lactobacillus*, ассоциируется с вагинальным здоровьем [2–4]. Несмотря на то что другие анаэробные и аэробные бактерии также колонизируют влагалище, у большинства женщин доминируют именно виды *Lactobacillus* (группа молочнокислых бактерий, ранее их называли палочками Дедерлейна – в честь немецкого гинеколога А. Doderlein, 1860–1941). *Lactobacillus* spp., продуцирующие перекись водорода и молочную кислоту, характеризуются противомикробными свойствами. Лактобактерии (лактобациллы) относятся к преобладающему типу нормальной микрофлоры вульвы и влагалища ( $10^6$ – $10^9$  КОЕ/мл отделяемого). *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum*, *L. cellobiosum* – основные виды представленных во влагалище лактобацилл [5, 6]. Главные функции лактобактерий во влагалище – поддерживать кислую среду и подавлять рост условно-патогенных микроорганизмов.

Бактериальный вагиноз (БВ) – клиническое состояние, не относящееся к воспалительным заболеваниям влагалища и инфекциям, передаваемым половым путем, при котором нормальная влагалищная микрофлора, состоящая преимущественно из лактобацилл, замещается другими микроорганизмами, главным образом анаэробами. Причины подобного экологического изменения микрофлоры влагалища полностью не изучены. Предполагается, что имеют значение гигиена половых органов, состояние местного и общего иммунитета, эндокринные изменения, генетические факторы, а также частое использование антибиотиков [7–9].

Вследствие уменьшения количества лактобацилл влагалище колонизируется различными анаэробными и микроаэрофильными патогенами с развитием дисбиоза или БВ, вагинитов и рецидивирующих мочевого инфекций. Это ассоциируется с негативными акушерскими осложнениями в репродуктивном периоде и урогенитальной патологией у женщин в пери- и постменопаузе.

Нарушение микроэкологии влагалища при БВ характеризуется резким снижением количества или

отсутствием лактобактерий, продуцирующих перекись водорода, и увеличением количества *Gardnerella vaginalis*, грамотрицательных анаэробных бактерий (*Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp., *Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) [10–13].

К основным клиническим проявлениям БВ относятся гомогенные выделения из влагалища, пенистые, слегка тягучие, белого или серого цвета, с неприятным запахом. Длительность существования таких симптомов может исчисляться годами [14–17].

Этиотропное лечение основано на применении препаратов различных групп, активных в отношении основных возбудителей [17, 18]. Доказано, что лечение инфекционных заболеваний с использованием только антибактериальных препаратов не обеспечивает полного успеха. Современная концепция терапевтического подхода заключается не только в устранении факторов, провоцирующих воспаление, но и в коррекции иммунных нарушений, что позволяет сократить продолжительность основных симптомов заболевания, а также снизить вероятность осложнений [19].

Задача состоит в том, чтобы повысить эффективность этиотропной терапии и одновременно добиться снижения побочных эффектов, появляющихся в ходе ее применения, то есть устранить или нейтрализовать факторы, провоцирующие обострение вирусных заболеваний, улучшить трофику и регенерацию кожи и слизистых оболочек, повысить мукозальный иммунитет. Большинство женщин с БВ имеют очень слабую иммунную ответную реакцию без выраженных признаков воспаления. В развитии БВ немаловажную, а может, и главную роль играет состояние врожденного иммунитета, влияющее на качественный и количественный состав микробиоты различных локализаций. Генетические вариации факторов врожденного иммунитета способны влиять на то, как женщина реагирует на изменения состава микробиоты влагалища, регулируя течение процесса и клинический исход.

Вместе с тем все перечисленные методы лечения ассоциируются с рецидивами, возникающими в разные сроки после лечения. Причина, видимо, в том, что подавляется рост не только условно-патогенных микроорганизмов, но и лактофлоры, а условий для ее восстановления недостаточно. Дополнительное назначение препаратов, содержащих *Lactobacillus* spp., – перспективное направление лечения вагинального дисбиоза, которое исследовалось на протяжении многих лет. Средства, содержащие *Lactobacillus* spp., могут восстанавливать вагинальный гомеостаз за счет ряда механизмов, таких как улучшение барьерной функции эпителия, колонизация комменсалами, блокировка адгезии патогенных бактерий, снижение уровня pH, повышение продуцирования и секреции противомикробных пептидов, улучшение локального иммунитета и здоровья влагалища [20].

Цель лечения БВ – восстановить нормальную микрофлору влагалища, затормозить рост микроорганизмов, не свойственных данному вагинальному микроценозу. В этой связи в комплекс лечения БВ необходимо включать препараты, содержащие лактобактерии или создающие условия для восстановления лактофлоры в течение не менее десяти дней после основного курса лечения. Специфическое действие таких препаратов направлено на восстановление нормального титра лактобактерий в вагинальном биотопе и предотвращение рецидивов данного заболевания [7, 21].

В последние годы на фармацевтическом рынке появился крем дозированный Ацилакт Дуо в виде свечей для введения в преддверие влагалища. Ацидофильные бактерии, входящие в состав Ацилакт Дуо, обладают антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных и условно-патогенных бактерий, включая *Staphylococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, нормализуют пищеварительную деятельность, улучшают обменные процессы, способствуют восстановлению естественного иммунитета, метаболизируют гликоген вагинального эпителия до молочной кислоты, которая поддерживает рН влагалища на уровне 3,8–4,2. Молочная кислота в высокой концентрации создает неблагоприятные условия для жизнедеятельности кислоточувствительных патогенных и условно-патогенных бактерий.

Суперлимфлайф, который также входит в состав Ацилакта Дуо, способствует восстановлению местного иммунитета слизистой оболочки, снижению развития воспалительных реакций, заживлению раневых дефектов. Защитным фактором при этом выступают цитокины – важный компонент врожденного иммунитета женщины, определяющего качественный и количественный состав микробиоты различных локализаций. В данном аспекте использование комбинированного средства Ацилакт Дуо (лактобактерии + иммуномодулятор) представляется вполне обоснованным.

Цель исследования – оценить эффективность различных методов комбинированного двухэтапного лечения БВ у женщин репродуктивного возраста.

Таблица 1. Общая характеристика обследованных пациенток (n = 50)

Показатель	Значение
Возраст, лет	29,6 ± 4,5
Вес, кг	63,1 ± 5,9
Рост, см	163,9 ± 4,7
Менархе, лет	12,8 ± 1,3
Число беременностей, абс.	2,4 ± 2,2
Число родов, абс.	0,8 ± 0,9
Число абортгов, абс.	1,3 ± 2,3

Задачи исследования – оценить эффективность и безопасность крема дозированного Ацилакт Дуо в свецах на втором этапе лечения БВ.

## Материал и методы

Исследование проводилось в поликлиническом отделении Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии.

В исследование были включены 50 пациенток в возрасте 18–45 лет (средний возраст – 29,6 ± 4,5 года) с БВ, подтвержденным клинически и результатами лабораторного обследования.

Критерии включения в исследование:

- ✓ возраст 18–45 лет;
- ✓ наличие БВ;
- ✓ подписание информированного согласия.

Критерии исключения:

- ✓ положительный ВИЧ-статус;
- ✓ вирусные гепатиты В и С;
- ✓ злокачественное новообразование любой локализации в анамнезе;
- ✓ нарушение углеводного обмена, сахарный диабет;
- ✓ вульвовагинальный кандидоз (противопоказание согласно аннотации Ацилакт Дуо);
- ✓ прием антибиотиков, химиотерапия;
- ✓ любые отклонения от референсных значений в клиническом и биохимическом анализах крови перед включением в исследование;
- ✓ другие клинически значимые острые и хронические заболевания.

Методом случайной выборки пациентки были рандомизированы на две равные группы. Первую составили 25 пациенток, получавших на первом этапе Клиндамицин 2%-ный крем в течение семи дней по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе терапии в данной группе использовали ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо) по одной свече один раз в день на ночь интравагинально в течение десяти дней. Во вторую группу вошли 25 пациенток, получавших на первом этапе Клиндацимин крем в течение семи суток по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе терапии в данной группе назначали препарат, содержащий лиофилизированную культуру лактобактерий *L. casei rhamnosus Doderleini* не менее  $1 \times 10^8$  КОЕ по одной капсуле во влагалище на ночь в течение 14 дней.

Общая характеристика обследованных пациенток представлена в табл. 1.

Для оценки эффективности терапии всем участницам выполнены измерение рН влагалищного содержимого, мазок на флору, тест real-time ПЦР (ПЦР в режиме реального времени Фемофлор-16) сразу после терапии и через 21 день с момента окончания лечения. Длительность безрецидивного периода в обеих группах оценивали спустя 21 день по завершении лечения.

Дизайн исследования представлен в табл. 2.

Эффективность терапии оценивали по следующим критериям:



Таблица 2. Дизайн исследования

Действия/визит	Скрининг/ визит 0	Рандомизация/ визит 1	Оценка эффективности терапии/визит 2	Оценка длительности ремиссии/визит 3
День исследования	0*	3	24–27**	45–48**
Проведение анализов (RW, ВИЧ, ИППП)	X			
Оценка критериев включения/исключения	X			
Сбор анамнеза и данных о сопутствующей терапии	X			
Оценка динамики жалоб	X		X	X
Физикальное обследование	X	X	X	X
Измерение pH влагалищного содержимого	X		X	X
Оценка динамики клинических проявлений заболевания	X	X	X	X
Фемофлор-16	X		X	X
Микроскопия мазка (V, C, U)	X		X	X
Назначение и распределение исследуемого препарата		X		
Оценка эффективности терапии			X	X

\* Визит 0 является скрининговым. Промежуток между визитом 0 и визитом 1 не должен превышать трех дней.

\*\* Допускается отклонение от графика визитов  $\pm 3$  дня.

Примечание. RW – реакция Вассермана. ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. ИППП – инфекции, передаваемые половым путем.

- отсутствие жалоб на зуд во влагалище и обильные пенистые или желтоватые выделения с неприятным запахом;
- отсутствие объективных клинических признаков – обильных пенистых выделений;
- лабораторные показатели при микроскопическом исследовании – отсутствие ключевых клеток;
- Фемофлор-16 – отсутствие *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Ureaplasma* spp., *M. hominis* и др.

Таблица 3. Эффективность лечения бактериального вагиноза в обеих группах

Диагностические критерии	Визит 0	Визит 1	Визит 2	Визит 3
Жалобы: зуд и дискомфорт во влагалище	Есть	Нет	Нет	Нет
Обильные пенистые выделения	Есть	Нет	Нет	Нет
«Ключевые» клетки в мазках	Есть	Нет	Нет	Нет

Таблица 4. Значение pH влагалища

Значение вагинального индекса созревания	До лечения	После лечения
Первая группа	5,523 $\pm$ 0,451	4,541 $\pm$ 0,143
Вторая группа	5,513 $\pm$ 0,423	4,976 $\pm$ 0,241

## Результаты

Эффективность терапии БВ по нивелированию симптоматики составила 92% ( $n = 46$ ). Длительность ремиссии в группе пациенток, получавших адъювантную терапию кремом дозированным Ацилакт Дуо, достигла 24,1  $\pm$  2,1 дня ( $n = 24$ ), в группе сравнения – 19,9  $\pm$  2,3 дня ( $n = 22$ ) ( $p < 0,5$ ). Эффективность лечения БВ в группах показана в табл. 3.

У всех женщин определяли pH влагалища до и после терапии. Среднее значение pH влагалища у женщин первой и второй групп до начала терапии составило 5,5  $\pm$  0,4, после терапии в первой группе – 4,541  $\pm$  0,143, во второй – 4,976  $\pm$  0,241 (табл. 4). Динамика изменений pH влагалища на фоне терапии представлена на рис. 1.

До и после терапии оценивали микробиоценоз влагалища пациенток методом ПЦР. При этом анализировали достижение пациентками нормоценоза влагалища на фоне терапии. У пациенток обеих групп до лечения выявлен дисбиоз влагалища различной выраженности (нормоценоз не обнаружен). После терапии на визите 2 (через 21 день) нормоценоз влагалища отмечался у 88%

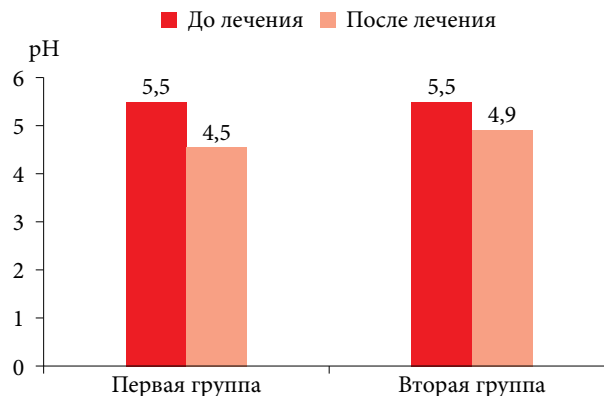


Рис. 1. Динамика изменений pH влагалища на фоне терапии ( $p < 0,005$ )

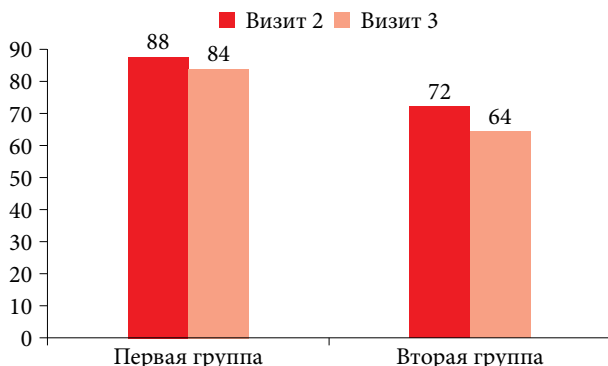


Рис. 2. Динамика изменения микрофлоры влагалища на фоне терапии (определение нормоценоза) ( $p < 0,005$ )

пациенток (22/25) первой группы и 72% (18/25) – второй, на визите 3 (через 45 дней) – у 84% (21/25) и 64% (16/25) пациенток соответственно (рис. 2).

Сравнительный анализ показал достоверные различия между первой и второй группами ( $p < 0,005$ ). В отличие от пациенток второй группы у пациенток первой группы нормоценоз влагалища выявлялся чаще на визитах 2 и 3, что указывает на более высокую эффективность комплексного средства, содержащего ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо).

Безопасность терапии оценивали у всех участниц исследования ( $n = 50$ ). Отрицательной динамики не зафиксировано. Отмечались хорошая переносимость и высокая приверженность терапии. У одной (4%) женщины второй группы зарегистрировано нежелательное явление в виде аллергической реакции (отек слизистой влагалища), в связи с чем терапию отменили до окончания исследования.

### Обсуждение

В научной литературе рядом авторов описано применение крема дозированного Ацилакт Дуо в клинической практике. А.Т. Уруймагова и соавт. проводили исследование с участием 116 женщин в возрасте 18–49 лет с рецидивирующим БВ. У всех пациенток отмечались обострения БВ (четыре эпизода и более) в течение последнего года. В первой группе проводилась одноэтапная терапия (метронидазол 500 мг и миконазола нитрат 100 мг – одна свеча два раза в день в течение семи дней), во второй группе – одноэтапная терапия + добавление на втором этапе Ацилакта Дуо интравагинально один раз в сутки в течение десяти дней. Двухэтапная терапия с применением Ацилакта Дуо способствовала нормализации микрофлоры у 90% пациенток. Количество женщин с повышенным уровнем рН  $> 4,5$  было достоверно ниже в группе Ацилакта Дуо ( $p < 0,05$ ). Двухэтапная терапия с Ацилактом Дуо обеспечила более устойчивое восстановление нормальных показателей лактофлоры, снижение частоты рецидивов за счет выработки определенных цитокинов (интерлейкин 1, фактор некроза опухоли альфа) и последующей нормализации местного иммунного ответа. В группе двухэтапной терапии

с Ацилактом Дуо наблюдалась тенденция к снижению уровня экспрессии провоспалительных маркеров и повышению противовоспалительных маркеров ( $p < 0,05$ ). Таким образом, двухэтапная терапия с использованием Ацилакта Дуо ассоциируется со стойким уменьшением количества жалоб, в то время как спустя три месяца после одноэтапной терапии большинство жалоб возвращается [23].

Ю.Э. Доброхотова и соавт. также оценивали снижение частоты рецидивов БВ на фоне двухэтапного комплексного лечения. Пациентки с БВ были разделены на три группы. Возраст пациенток первой группы составил  $30,7 \pm 4,4$  года, второй –  $29,7 \pm 4,3$ , третьей –  $27,1 \pm 2,4$  года. 30 пациенток первой группы получали метронидазол вагинально по 500 мг два раза в сутки семь дней. 30 пациенткам второй группы на втором этапе проводилась терапия препаратом, содержащим *L. casei rhamnosus Doderleini* (вагинально по одной капсуле 14 дней). 29 пациенткам третьей группы на втором этапе назначали Ацилакт Дуо (вагинально по одной свече десять дней).

Анализ качественного и количественного состава влагалищной микрофлоры через месяц после лечения показал сохранение в первой группе самых низких уровней лактофлоры, самых высоких титров и разнообразия микрофлоры. Наибольший уровень лактобактерий отмечался у пациенток третьей группы. Через три месяца после окончания терапии уровень бактериального обсеменения сохранялся в пределах  $5 \lg$  у пациенток второй и третьей групп, а в первой группе он превышал  $10^6$  ГЕ/мл. У пациенток третьей группы количество лактобактерий превышало аналогичные показатели в первой и второй группах. Спустя шесть месяцев по завершении терапии абсолютный нормоценоз влагалища зафиксирован у 56,7% пациенток первой группы, 80% пациенток второй и 82,7% пациенток третьей группы [24].

Результаты нашего исследования согласуются с полученными ранее данными о нормализации микроценоза, увеличении количества лактобактерий и закислении рН, что способствует удлинению периода ремиссии.

### Выводы

Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта, включая бактериальный вагиноз, в том числе при бессимптомном течении, представляют серьезную проблему для женщин репродуктивного периода. Одной из причин рецидивирующего течения воспалительных заболеваний урогенитального тракта наряду с качественными и количественными особенностями микрофлоры являются свойства локального и/или системного иммунитета.

Таким образом, ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо) быстро восстанавливает оптимальную кислотность влагалища (показатель рН) и способствует росту численности полезных лактобактерий (молочнокислых бактерий), что создает оптимальную и естественную микрофлору, препятствующую появлению дисбиоза у пациенток репродуктивного возраста. ❧



## Литература

1. Vrees R.A. Evaluation and management of female victims of sexual assault. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2017; 72 (1): 39–53.
2. Unger E.R., Fajman N.N., Maloney E.M., et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics.* 2011; 128 (3): e658–e65.
3. Kreimer A.R., Rodriguez A.C., Hildesheim A., et al.; CVT Vaccine Group. Proof-of-principle evaluation of the efficacy of fewer than three doses of a bivalent HPV16/18 vaccine. *J. Natl. Cancer Inst.* 2011; 103 (19): 1444–1451.
4. Айламазян Э.К., Шипицына Е.В., Савичева А.М. Микробиота женщины и исходы беременности. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2016; LXV (4): 6–14.
5. Claydon E., Murphy S., Osborne E.M., et al. Rape and HIV. *Int. J. STD AIDS.* 1991; 2 (3): 200–201.
6. Murphy S., Kitchen V., Harris J.R., Forster S.M. Rape and subsequent seroconversion to HIV. *BMJ.* 1989; 299 (6701): 718.
7. Du Mont J., Myhr T.L., Husson H., et al. HIV postexposure prophylaxis use among Ontario female adolescent sexual assault victims: a prospective analysis. *Sex. Transm. Dis.* 2008; 35 (12): 973–978.
8. Neu N., Heffernan-Vacca S., Millery M., et al. Postexposure prophylaxis for HIV in children and adolescents after sexual assault: a prospective observational study in an urban medical center. *Sex. Transm. Dis.* 2007; 34 (2): 65–68.
9. Loutfy M.R., Macdonald S., Myhr T., et al. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. *Antivir. Ther.* 2008; 13 (1): 87–95.
10. Announcement: updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV – United States, 2016. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2016; 65 (17): 458.
11. Ford N., Venter F., Irvine C., et al. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. *Clin. Infect. Dis.* 2015; 60 (Suppl 3): S182–S186.
12. Jenny C., Crawford-Jakubiak J.E., Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics.* 2013; 132 (2): e558–e567.
13. Girardet R.G., Lahoti S., Howard L.A., et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2009; 124 (1): 79–86.

## (АЦИДОФИЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ + СУПЕРЛИМФЛАЙФ\*)

### СПОСОБСТВУЮТ ВОССТАНОВЛЕНИЮ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА



ГОСТ 31649-2012  
СРР № КС.11.01.09.001.0.002537.07.20 от 17.07.2020

\*СУПЕРЛИМФЛАЙФ – витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс

1. А.Т. Уруймагова, В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитинова, А.Е. Донников, П.Р.Абанарова, З.Р. Довлетханова, К.И. Гусаков, А.А. Одыванова «Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза» *Акушерство и Гинекология.* №11 2021
2. Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровикова, С.А. Залеская «Атрофический вагинит у пациенток репродуктивного возраста» *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, №3 2021*
3. Аннотация

## АЦИЛАКТ DUO

крем дозированный для интимной гигиены

## БАЛАНС И ПОДДЕРЖКА!

### УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ СПОСОБСТВУЕТ:

- Восстановлению баланса микробиоты влагалища<sup>1,2,3</sup>
- Поддержанию уровня pH на физиологическом уровне<sup>2,3</sup>
- Нормализации местного иммунного ответа<sup>1,2</sup>
- Снижению воспалительных проявлений<sup>3</sup>
- Повышению устойчивости к различному роду инфекций<sup>3</sup>
- Снижению частоты рецидивирования<sup>1,2</sup>



000 «ЦИ «ИммуноХелп»  
105187 г. Москва, ул. Щербановская д.53 к.15,  
Тел/факс: +(495) 729-49-20  
email: info@immunohelp.ru

14. Schwandt A., Williams C., Beigi R.H. Perinatal transmission of *Trichomonas vaginalis*: a case report. *J. Reprod. Med.* 2008; 53 (1): 59–61.
15. Adachi K., Nielsen-Saines K., Klausner J.D. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy: the global challenge of preventing adverse pregnancy and infant outcomes in sub-Saharan Africa and Asia. *BioMed Res. Int.* 2016; 2016: 9315757.
16. Sabeena S., Bhat P., Kamath V., Arunkumar G. Possible non-sexual modes of transmission of human papilloma virus. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017; 43 (3): 429–435.
17. Adams J.A., Farst K.J., Kellogg N.D. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2018; 31 (3): 225–231.
18. Kellogg N.D., Melville J.D., Lukefahr J.L., et al. Genital and extragenital gonorrhoea and chlamydia in children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Pediatr. Emerg. Care.* 2018; 34 (11): 761–766.
19. Gavril A.R., Kellogg N.D., Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics.* 2012; 129 (2): 282–289.
20. Bandea C.I., Joseph K., Secor E.W., et al. Development of PCR assays for detection of *Trichomonas vaginalis* in urine specimens. *J. Clin. Microbiol.* 2013; 51 (4): 1298–1300.
21. Gallion H.R., Dupree L.J., Scott T.A., Arnold D.H. Diagnosis of *Trichomonas vaginalis* in female children and adolescents evaluated for possible sexual abuse: a comparison of the InPouch TV culture method and wet mount microscopy. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2009; 22 (5): 300–305.
22. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, AIDSinfo; 2020 // [aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf](https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf).
23. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Дисбиотические нарушения и показатели врожденного иммунитета при бактериальном вагинозе. *Акушерство и гинекология.* 2021; 9: 28–35.
24. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Зайдиева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. *Комплексное решение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2022; 21 (2): 3.

### The Effectiveness of the Dosed Cream Acilact Duo in Patients with Bacterial Vaginosis

Ye.V. Tikhomirova, PhD, V.Ye. Balan, PhD, Prof., Ye.V. Kruchinina, P.V. Balan, PhD, S.A. Orlova, Yu.P. Titchenko, PhD, Ye.A. Levkovich, V.Ya. Yatsyuk, PhD, Prof.

*Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology*

Contact person: Yelena V. Tikhomirova, [heltik03@gmail.com](mailto:heltik03@gmail.com)

*Bacterial vaginosis is a clinical condition in which the normal vaginal microflora, predominantly lactobacilli, is replaced by other microorganisms, mainly anaerobes. The goal of treating bacterial vaginosis is to restore the normal microflora of the vagina, to delay the growth of microorganisms that are not characteristic of this vaginal microocenosis.*

**The purpose of the study** was to evaluate the effectiveness of various methods of combined two-stage treatment of bacterial vaginosis in women of reproductive age.

**Material and methods.** The study included 50 patients aged 18 to 45 years (mean age  $29.6 \pm 4.5$  years) with bacterial vaginosis. The first group consisted of 25 patients who received Clindamycin 2% cream for 7 days, dose vaginally at night. For the second stage of therapy in this 1 group, acidophilus bacteria + vitamin-mineral-protein-peptide complex Superlimfly (Acylact Duo) were used, suppository time per day at night intravaginally for 10 days. The second group consisted of 25 patients who received Clindacimin cream for 7 days, dose vaginally at night. For the second stage of therapy, a preparation containing a lyophilized culture of lactobacilli *L. casei rhamnosus Doderleini* was used, at least  $1 \times 10^8$  CFU, capsule in the vagina at night for 14 days.

**Results.** The effectiveness of BV therapy was 49% ( $n = 46$ ). The duration of remission was  $24.1 \pm 2.1$  days ( $n = 24$ ) in the group of women receiving adjuvant therapy with Acilact Duo dosed cream, and  $19.9 \pm 2.3$  days ( $n = 22$ ) in the comparison group. In all patients, the average vaginal pH before therapy was  $5.5 \pm 0.4$ . In group 1 participants, after therapy, the pH was  $4.54 \pm 0.143$ , in group 2 patients, the average vaginal pH was  $4.976 \pm 0.241$ . Among the patients of both groups, vaginal dysbiosis of varying severity was detected before treatment (normocenosis was not detected). After therapy, in patients of group, normocenosis of the vagina was achieved in 88% (22/25), in participants of group 2, normocenosis was noted in 72% (18/25). At visit (in 45 days) in women of the group 1 84% (21/25), in the participants of the group 2 – normocenosis was noted in 64% (16/25).

**Conclusions.** Acidophilic bacteria + vitamin-mineral-protein-peptide complex Superlymfly (in which dosed Acylact Duo) quickly restores the optimal acidity of the vagina (pH value) and promotes the growth of the number of beneficial lactobacilli, as a result of which it creates an optimal and natural microflora that prevents the appearance of dysbiosis in patients of reproductive age.

**Key words:** reproductive age, bacterial vaginosis, microbiome, pH of the vaginal contents, femoflor, peptide-protein complex of pig blood leukocytes, lactobacilli, microbiota of the vagina



Российское общество  
акушеров-гинекологов



ФГБУ «НМИЦ АГП им.  
академика В.И. Кулакова»  
Минздрава России

## ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ПРОЕКТ

«РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ»

# 2023



**НИЖНИЙ НОВГОРОД**

26-27 января



**ГРОЗНЫЙ И СКФО**

21 апреля



**КРАСНОЯРСК**

12-13 октября



**ВОЛГОГРАД, АСТРАХАНЬ**

2-3 февраля



**БАРНАУЛ**

18-19 мая



**КАЗАНЬ**

19-20 октября



**ИРКУТСК,  
КЕМЕРОВО И СФО**

9-10 февраля



**ЯРОСЛАВЛЬ**

25-26 мая



**КРАСНОДАР И ЮФО**

26-27 октября



**СТАВРОПОЛЬ**

20-21 февраля



**СУРГУТ И УФО**

1-2 июня



**ВОРОНЕЖ**

2-3 ноября



**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

2-3 марта



**САРАТОВ**

15-16 июня



**ОМСК**

14-15 ноября



**НОВОСИБИРСК, ТОМСК**

6-7 апреля



**ХАБАРОВСК И ДФО**

7-8 сентября



**ТЮМЕНЬ**

16-17 ноября



**ПЕРМЬ**

13-14 апреля



**СМОЛЕНСК, БРЯНСК**

14 сентября



**МОСКВА**

7-8 декабря

**Организационные вопросы:**

Сергей Хилов

Моб.: +7 (929) 909-01-32

E-mail: school@roag-portal.ru

**ЖДЕМ ВАС НА ШКОЛАХ РОАГ!**

**УЧАСТИЕ БЕСПЛАТНОЕ**

[WWW.ROAG-PORTAL.RU](http://WWW.ROAG-PORTAL.RU)

Реклама

Проект «Школы РОАГ» всегда в тренде постдипломного образования,  
потому что именно мы его задаем

<sup>1</sup> Одинцовский  
родильный дом<sup>2</sup> Калужская  
областная  
клиническая  
больница

## Эффективность применения терлипрессина (Реместипа) при выполнении миомэктомии во время кесарева сечения

Н.Ф. Кунешко<sup>1</sup>, И.Х. Цароева<sup>1</sup>, Ю.О. Космакова<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Инна Хасановна Цароева, tsaroevainna@mail.ru

Для цитирования: Кунешко Н.Ф., Цароева И.Х., Космакова Ю.О. Эффективность применения терлипрессина при выполнении миомэктомии во время кесарева сечения. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 14–16.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-14-16

*Проведено исследование эффективности терлипрессина при миомэктомии во время кесарева сечения у беременных с миомой матки. Препарат продемонстрировал высокую эффективность, достоверно снизив уровень интраоперационной кровопотери и сократив продолжительность операции.*

**Ключевые слова:** беременные, миома матки, миомэктомия, кесарево сечение, терлипрессин

**М**иома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70% [1–3]. Средний возраст выявления миомы матки составляет 32–34 года, что приводит к увеличению случаев сочетания миомы матки и беременности [3, 4]. В настоящее время отмечается рост частоты выявления миомы матки у молодых женщин до 30 лет, не реализовавших репродуктивную функцию. При первичном и вторичном бесплодии миому матки обнаруживают в 23,5% случаев [1]. В ряде случаев миома матки не препятствует наступлению беременности и развитию плода, но повышает частоту осложнений беременности и родов [5]. Проявления миомы матки во время беременности зависят от локализации, размеров миоматозных узлов, сопутствующей патологии матки. У беременных с миомой матки отмечается высокий риск прерывания беременности, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, нарушения питания миоматозного узла [6]. Несмотря на успехи хирургических методов лечения пациенток с миомой, до сих пор актуален поиск способов минимизации кровопотери интраоперационно во время миомэктомии. Одним из вариантов является использование терлипрессина. Терлипрессин – синтетический полипептид, неактивное пролекарство. Он биотрансформируется в организме в липрессин – синтетический аналог вазопрессина. Липрессин повышает тонус гладкой мускулатуры сосудов и желудочно-кишечного тракта, вызывает сосудосуживающий и гемостатический эффекты. Терлипрессин также воздействует на гладкую мускулатуру матки, усиливая сократительную активность миометрия. При одновременном применении с окситоцином и метилэргометрином отмечается усиление сокращения гладкой мускулатуры матки и сосудов.

В работе А.К. Политовой и соавт., посвященной оптимизации оперативного вмешательства при лапароскопической миомэктомии, перечислены преимущества терлипрессина при интраоперационном применении: доступность в исполнении, возможность использования при любой локализации, размерах узла, в том числе при множественной миоме матки, расширение круга специалистов, способных выполнить лапароскопическую миомэктомию, отсутствие необходимости проведения дополнительных гемостатических мероприятий [7]. В публикации Д.В. Соломки и соавт. отмечается высокая эффективность терлипрессина в профилактике интраоперационных кровотечений, о чем свидетельствует достоверное снижение общей кровопотери. Достоверное уменьшение продолжительности хирургического вмешательства положительно сказывается на длительности анестезиологического пособия и гемодинамических показателях. Терлипрессин хорошо переносится пациентками, не вызывает выраженных побочных эффектов, требующих внесения изменений в плановое анестезиологическое пособие, и аллергических реакций [8]. В многоцентровом всенаправленном когортном исследовании Terli-Bleed (февраль – декабрь 2020 г.) с участием пяти медицинских центров РФ оценивали эффективность и безопасность терлипрессина в профилактике развития послеродовых кровотечений во время операции кесарева сечения у беременных группы высокого риска [9]. Согласно результатам, использование терлипрессина позволило статистически значимо снизить объем кровопотери и частоту дополнительных методов хирургического гемостаза, таких как перевязка маточных артерий, компрессионные швы на матку, баллонная тампонада матки. Особенно важно снижение числа гистерэктомий как последнего метода хирургической остановки кровотечения и количества релапаротомий.





Во второй части данного исследования отмечалось отсутствие значительных изменений уровня артериального давления и частоты сердечных сокращений, осложняющих течение операции или исход родов. Это подтверждает безопасность профилактического применения терлипрессина во время операции кесарева сечения [10].

Между тем недостаточно рассмотрен вопрос применения терлипрессина в качестве способа снижения интраоперационной кровопотери при миомэктомии во время кесарева сечения.

**Цель исследования** – оценить эффективность применения терлипрессина при миомэктомии во время кесарева сечения.

### Материал и методы

Исследование с участием беременных с миомой матки проведено на базе родильного дома № 3 г. Москвы (филиал № 4 Центра планирования семьи и репродукции) (2021–2022) и родильного дома Одинцовской областной больницы (июнь 2022 г. – январь 2023 г.).

**Критерии включения** в исследование: беременные с миомой матки, родоразрешенные в плановом и экстренном порядке путем кесарева сечения, возраст 18–45 лет, миома матки 3–6-го типов по классификации FIGO, одноплодная беременность.

**Критерии исключения:** многоплодная беременность, критическое многоводие, аномалии плацентации

(предлежание, вращение плаценты), крупный плод, тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации, миома матки 0–2, 7 и 8-го типов по FIGO, противопоказания к применению препарата терлипрессин.

Было сформировано две группы. В контрольную вошли 50 пациенток, получавшие стандартную утеротоническую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями, в основную – 50 пациенток, которым помимо стандартной терапии назначали терлипрессин (Реместип®, Ferring). Терлипрессин в дозе до 0,4 мг, разведенной до 10 мл 0,9%-ным раствором хлорида натрия, вводили в толщу миомы.

Осуществлялось мониторингирование основных гемодинамических показателей, результатов клинического и биохимического анализов крови, коагулограммы. Проводился анализ длительности оперативного вмешательства. Объем кровопотери оценивали гравиметрическим методом путем прямого сбора крови в градуированные емкости совместно с взвешиванием пропитанных кровью салфеток и операционного белья. При статистическом анализе данных использовали программу R (версия 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

### Результаты

Миомагозные узлы у пациенток обеих групп были сопоставимы по размерам и локализации. Средний диаметр у пациенток основной группы составил  $7,5 \pm 2,2$  см, контрольной –  $6,9 \pm 1,9$  см ( $p > 0,05$ ). В основной группе



*Спассти пациента стало легче!*



- *Терапия первой линии пациентов с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и ЖКТ<sup>1,2</sup>*
- *Доказанно снижает смертность в результате острых варикозных кровотечений<sup>1,2,3</sup>*
- *Обладает ограниченным количеством побочных эффектов<sup>1,2,3</sup>*

Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

1) Levacher S et al, The Lancet, 1995, 25, 865-868.

2) Söderlund C et al, Scand J Gastro, 1990, 25, 622-630

3) Feu F, D'Amico G, Bosch J. The acute bleeding episode: advances in drug therapy. In: Arroyo V, Bosch J, Rodes J, (eds.), Treatment in hepatology. Masson, Barcelona 1995: 9-22.

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

ООО ФЕРРИНГ ФАРМАСЕТИКАЛЗ  
115054, Москва, Космодамианская наб., д.52,  
стр. 4, б/ц «Риверсайд Тауэрз»  
Тел.: (495) 287-03-43, факс: (495) 287-03-42  
E-mail: info@ferring.ru, www.ferring.ru  
П №013886/01-2002 GR/005/06/12

95% миом относились к 5-му и 6-му типам по классификации FIGO, 5% – к 3-му типу. В контрольной группе все миомы (100%) были 5-го и 6-го типов.

У пациенток обеих групп наблюдалось уменьшение уровня гемоглобина ниже пороговых значений, что свидетельствовало об анемии – наиболее распространенном осложнении при беременности и миоме. Так, в основной группе уровень гемоглобина составил  $107 \pm 6,1$  г/л, в контрольной –  $106 \pm 5,7$  г/л ( $p > 0,05$ ). Исходные показатели биохимического анализа крови и коагулограммы у большинства пациенток соответствовали норме. Статистически значимых различий между результатами основной и контрольной групп не выявлено.

Средняя продолжительность операционного вмешательства в основной группе составила  $45,2 \pm 21,73$  минуты, в контрольной –  $62,2 \pm 15,5$  минуты ( $p > 0,05$ ). Объем интраоперационной кровопотери в основной группе был достоверно ниже ( $710 \pm 115$  мл), чем в контрольной ( $850 \pm 125$  мл) ( $p < 0,05$ ).

В послеоперационном периоде уровень гемоглобина в основной группе составил  $104 \pm 4,2$  г/л, в контроль-

ной –  $95 \pm 3,9$  г/л ( $p < 0,05$ ). Биохимические и коагуляционные показатели у пациенток обеих групп находились в пределах нормы. Аллергических реакций и побочных эффектов после применения терлипрессина не зарегистрировано.

Средняя длительность пребывания в стационаре в обеих группах не различалась –  $4,41 \pm 1,05$  дня в основной и  $5,15 \pm 1,5$  дня в контрольной ( $p > 0,05$ ). Послеоперационных осложнений не зафиксировано.

## Заключение

Полученные данные подтверждают высокую эффективность Реместипа (терлипрессина) при оперативном родоразрешении беременных с миомой матки больших размеров, в ситуациях с ожидаемым увеличением кровопотери. Препарат достоверно снижает уровень интраоперационной кровопотери и сокращает продолжительность операции. Локальное использование терлипрессина безопасно, не сопровождается развитием побочных эффектов и аллергических реакций. ❀

## Литература

1. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Агеев М.Б. и др. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2012; 6 (4).
2. Vilos G.A., Allaire C., Laberge P.Y., Leyland N.; SPECIAL CONTRIBUTORS. The management of uterine leiomyomas. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2015; 37 (2): 157–178.
3. Stewart E.A., Cookson C.L., Gandolfo R.A., Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017; 124 (10): 1501–1512.
4. Ezugwu E.C., Iyoke C.A., Ezugwu F.O., Ugwu G. Successful pregnancy following myomectomy for giant uterine fibroid in an infertile woman. *J. Reprod. Infertil.* 2014; 15 (4): 233–236.
5. Parazzini F., Tozzi L., Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2016; 34: 74–84.
6. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
7. Политова А.К., Слободжанкина Е.А., Александрова А.Д., Политова А.А. Результаты использования терлипрессина при лапароскопической миомэктомии. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020; 20 (2): 77–81.
8. Соломко Д.В., Коваль А.А. Опыт применения вазопрессоров при хирургическом лечении больных с миомой матки. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2017; 17 (3): 56–58.
9. Распопин Ю.С., Шифман Е.М., Белинина А.А. и др. Эффективность и безопасность применения терлипрессина при кесаревом сечении у беременных с высоким риском кровотечения: многоцентровое всенаправленное когортное исследование Terli-Bleed. Часть I. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021; 20 (1): 11–20.
10. Распопин Ю.С., Шифман Е.М., Белинина А.А. и др. Эффективность и безопасность применения терлипрессина при кесаревом сечении у беременных с высоким риском кровотечения: многоцентровое всенаправленное когортное исследование Terli-Bleed. Часть II. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021; 20 (2): 26–32.

## The Effectiveness of Terlipressin (Remestyp) in Performing Myomectomy During Cesarean Section

N.F. Kuneshko<sup>1</sup>, I.Kh. Tsaroeva<sup>1</sup>, Yu.O. Kosmakova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Odintsovo Maternity Hospital

<sup>2</sup> Kaluga Regional Clinical Hospital

Contact person: Inna Kh. Tsaroeva, tsaroevainna@mail.ru

*A study was conducted on the effectiveness of terlipressin during myomectomy during cesarean section in pregnant women with uterine fibroids. The drug has demonstrated high efficacy, significantly reducing the level of intraoperative blood loss and shortening the duration of surgery.*

**Key words:** pregnant women, uterine fibroids, myomectomy, cesarean section, terlipressin

XXX РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

# ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

CHELOVEKILEKARSTVO.RU

#ЧИЛ2023

10.04 - 11.04

НА НОВОЙ ПЛОЩАДКЕ  
ТВЕРСКАЯ УЛ. 3, МОСКВА

12.04 - 13.04  
ТОЛЬКО ТРАНСЛЯЦИИ

Реклама

Онлайн-трансляция на официальном сайте

Секретариат конгресса: [info@chelovekilekarstvo.ru](mailto:info@chelovekilekarstvo.ru). Тел./факс: +7 (499) 584-45-16

Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте конгресса

[www.chelovekilekarstvo.ru](http://www.chelovekilekarstvo.ru)

# Репродуктологические аспекты проблемы консервативного хирургического лечения эндометриоидных кист яичников

К.В. Краснопольская, д.м.н., проф., член-корр. РАН, И.Ю. Ершова, к.м.н., А.А. Самойлова

Адрес для переписки: Ирина Юрьевна Ершова, i3236987@gmail.com

Для цитирования: Краснопольская К.В., Ершова И.Ю., Самойлова А.А. Репродуктологические аспекты проблемы консервативного хирургического лечения эндометриоидных кист яичников. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 18–23.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-18-23

**Цель** – уточнить сроки рецидивирования удаляемых эндометриом и зависимость состояния овариального резерва от числа выполненных резекций яичников, а также оценить информированность пациенток о влиянии хирургического лечения эндометриоидных кист яичников (ЭКЯ) на репродуктивную функцию и терапевтическую эффективность технологии экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

**Материал и методы.** У 93 инфертильных пациенток с ЭКЯ и значениями антимюллера гормона (АМГ) < 1,2 нг/мл анализировали зависимость степени снижения этого гормона от числа выполненных операций при рецидивах эндометриомы. С использованием стандартных методов исследования у этих же больных параллельно изучали распространенность факторов бесплодия, выделяемых в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, и уточняли информированность женщин о влиянии хирургического лечения ЭКЯ на репродуктивный потенциал.

**Результаты.** У 71% женщин с ЭКЯ обнаруживались и другие формы эндометриоза, а наблюдаемая инфертильность, обусловившая необходимость назначения ЭКО, была связана в основном с подтверждаемыми мужским и трубным факторами. Среди оперированных по поводу ЭКЯ больных со сниженным уровнем АМГ большинство перенесли неоднократные резекции яичников из-за рецидивов эндометриом, возникавших в течение двух с половиной лет после их удаления. Степень снижения уровня АМГ имела прямую зависимость от числа выполненных операций. Во время хирургического лечения ЭКЯ только 7,5% больных получили соответствующую информацию об их частом рецидивировании и возможных последствиях для репродуктивной функции выполняемых (особенно многократных) резекций яичников.

**Выводы.** Частое рецидивирование ЭКЯ, вынуждающее проводить повторные резекции яичников, является очевидным фактором, который из-за редукации овариального резерва препятствует успешному использованию технологии ЭКО с собственными ооцитами в ситуациях, когда этот метод лечения бесплодия оказывается востребованным. При планировании удаления ЭКЯ у женщин репродуктивного возраста хирургам в обязательном порядке следует направлять пациенток к репродуктологам для консультирования по вопросам, связанным с реализацией репродуктивных планов как в ближайшей, так и в отдаленной перспективе.

**Ключевые слова:** бесплодие, эндометриоидные кисты яичников, овариальный резерв, ЭКО



По разным экспертным оценкам, частота всех форм генитального эндометриоза составляет примерно 10–15% от числа женщин репродуктивного возраста, тогда как среди инфертильных пациенток с эндометриозом примерно у 1/3 он проявляется в виде эндометриодных кист яичников (ЭКЯ) [1, 2]. Обнаруженные ЭКЯ могут быть единственным проявлением заболевания или сочетаться с другими локализациями эндометриозного процесса, а наблюдаемая инфертильность нередко ассоциируется не только с собственно эндометриозом, но и с сопутствующими факторами бесплодия [3, 4].

Согласно принятым стандартам лечения гинекологических больных, при обнаружении кист яичников после исключения их функционального происхождения (по итогам двух-трехмесячного динамического наблюдения) в основном принято удалять патологическое образование (впервые выявленные кисты больших размеров), что связано также с онкологической настороженностью [5, 6]. Данное положение распространяется на тактику ведения пациенток с ЭКЯ, истинную (эндометриозную) природу которых можно окончательно подтвердить только с помощью гистоморфологического исследования удаленной кисты [7, 8]. Однако особенностью именно эндометриом является их упорное рецидивирование, что вынуждает выполнять повторные операции. Это каждый раз сопровождается хирургической травмой яичников и усугублением редукции овариального резерва из-за потери части функциональной яичниковой ткани при удалении кисты. Сокращение овариального резерва увеличивает риск бедного ответа, снижающего эффективность стандартной процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с собственными ооцитами. Очевидно, это обстоятельство следует учитывать и хирургам, и пациенткам, поскольку у некоторых из оперированных по поводу ЭКЯ женщин (как правило, достаточно молодого возраста) впоследствии может возникнуть потребность в использовании ЭКО. Причем такая потребность, возможно, будет обусловлена причинными механизмами бесплодия, не имеющими никакой связи с эндометриозом, например мужским фактором или абсолютным трубным бесплодием после удаления маточных труб при внематочной беременности.

*Цель* – уточнить сроки рецидивирования удаляемых эндометриом и зависимость состояния овариального резерва от числа выполненных резекций яичников, а также оценить информированность пациенток о влиянии хирургического лечения эндометриодных кист на репродуктивную функцию и терапевтическую эффективность технологии ЭКО.

## Материал и методы

В исследовании участвовали 93 инфертильные пациентки с эндометриозом яичников и признаками снижения овариального резерва, который оценивали по уровню антимюллера гормона (АМГ). Обследование больных проводили в соответствии со стан-

дартными рекомендациями, регламентирующими порядок и объем обследования больных бесплодием [9, 10]. У взятых под наблюдение женщин уточняли:

- особенности клинических проявлений эндометриоза – наличие только ЭКЯ или их сочетание с другими формами эндометриоза;
- вероятный причинный фактор бесплодия по критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), обусловивший необходимость назначения ЭКО;
- количество выполнявшихся резекций и продолжительность периодов между удалением эндометриомы и ее подтвержденным рецидивом;
- возраст больных накануне самой первой оперативной лапароскопии, назначенной для удаления ЭКЯ, и в момент обращения за помощью в лечении бесплодия с использованием ЭКО;
- зависимость степени снижения уровня АМГ от количества выполненных оперативных лапароскопий по поводу ЭКЯ;
- информированность пациенток в период выполнения оперативных вмешательств по поводу ЭКЯ о влиянии хирургической травмы на репродуктивную функцию и терапевтический потенциал технологии ЭКО.

АМГ определяли с помощью теста Access АМН на иммунохимическом анализаторе Access 2 производства компании Beckman Coulter Inc. исходя из требований инструкции к набору реагентов. Редукцию овариального резерва подтверждали при значениях АМГ < 1,2 нг/мл. При этом уровень АМГ в интервале 1,2–0,5 нг/мл расценивали как признак умеренной редукции овариального резерва, а при значениях АМГ < 0,5 нг/мл констатировали выраженную редукцию овариального резерва.

Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Переменные количественные показатели представляли в виде их среднего значения ( $M$ )  $\pm$  одного стандартного отклонения ( $\pm SD$ ). Различия частот анализируемого признака при парных сравнениях с группой А, выступавшей в качестве контроля, считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

## Результаты

При оценке изученных параметров клинического статуса было установлено, что среди пациенток с ЭКЯ со сниженным овариальным резервом большинство женщин (71%) страдали и другими формами эндометриоза с поражением в основном брюшины, реже ретроцервикального пространства и в отдельных случаях колоректальной области (табл. 1).

*Таблица 1. Распределение пациенток с ЭКЯ и сниженным овариальным резервом с учетом наличия/отсутствия сопутствующих форм эндометриоза (n = 93)*

Особенности проявлений эндометриоза	Количество пациенток, абс. (%)
Наличие только ЭКЯ	27 (29,0)
Сочетание ЭКЯ с другими формами эндометриоза	66 (71,0)

**Таблица 2. Характер бесплодия по критериям МКБ-10, обусловивший показания к ЭКО у обследованных больных с ЭКЯ и сниженным овариальным резервом (n = 93)**

Идентифицированные патогенетические факторы бесплодия, обусловившие необходимость назначения ЭКО	Код по МКБ-10	Количество пациенток, абс. (%)
Трубный фактор	N.97.7	55 (59,1)
Мужской фактор	N.97.4	29 (31,3)
Маточный фактор	N.97.2	16 (17,2)
Ановуляция	N.97.0	9 (9,6)
Сочетанные факторы бесплодия	–	32 (34,4)
Необъяснимое бесплодие на фоне эндометриоза	N.97.7	17 (18,3)

**Таблица 3. Распределение пациенток с ЭКЯ и сниженным овариальным резервом с учетом выполнения в прошлом резекции эндометриомы и наличия ее рецидива, подтверждаемого данными ультразвукового исследования в период настоящего исследования (n = 93)**

Выделенные группы больных	Количество пациенток, абс. (%)	
Не оперированные по поводу ЭКЯ пациентки (больные с впервые выявленной эндометриомой)	4 (4,3)	
Оперированные по поводу ЭКЯ пациентки:	без УЗ-признаков рецидива эндометриомы	50 (53,8)
	с наличием УЗ-признаков рецидива эндометриомы	43 (46,1)

**Таблица 4. Распределение оперированных по поводу ЭКЯ больных со сниженным овариальным резервом с учетом числа выполненных резекций яичников (n = 89)**

Количество выполненных оперативных лапароскопий по поводу ЭКЯ	Количество пациенток, абс. (%)
1	8 (9,0)
2–3	54 (60,7)
Более 3	27 (30,3)

**Таблица 5. Сроки выявления рецидивных ЭКЯ после их удаления (n = 89)**

Показатель	Значение	
Рецидив эндометриомы после ее удаления, абс. (%)	74 (83,1)	
Продолжительность периода между удалением эндометриомы и ее подтвержденным рецидивом	min–max, лет	0,5–12
	M ± SD, лет	2,5 ± 1,5

**Таблица 6. Возрастная характеристика оперированных по поводу ЭКЯ больных накануне первой оперативной лапароскопии и в момент настоящего исследования (n = 89)**

Параметры	Результат
Возраст накануне первой оперативной лапароскопии, назначенной для удаления ЭКЯ (M ± SD, лет)	22,4 ± 1,6
Возраст в момент обращения за помощью в лечении бесплодия с использованием ЭКО (M ± SD, лет)	34,2 ± 3,5
Продолжительность периода между первым удалением эндометриомы и началом лечения бесплодия с использованием ЭКО (M ± SD, лет)	10,0 ± 4,2

Анализ распространенности факторов бесплодия (по критериям МКБ-10), обуславливающих необходимость использования вспомогательных репродуктивных технологий, показал, что обследованные больные нуждались в применении ЭКО в основном из-за наличия трубно-перитонеального фактора (59,1%) (табл. 2). Второе место среди причинных факторов бесплодия, диктовавших необходимость назначения ЭКО, занимал мужской фактор – 31,3%, третье – маточный фактор – 17,2%, четвертое – хроническая ановуляция – 9,4%. При этом у 34,4% больных отмечались те или иные сочетания перечисленных факторов. Лишь у 18,3% пациенток не удалось выявить очевидный причинный патогенетический фактор инфертильности по критериям МКБ-10, то есть их бесплодие было необъяснимым с точки зрения понимания его конкретного механизма.

В общей когорте обследованных больных с ЭКЯ лишь у 4,3% женщин эндометриозное поражение яичников было выявлено впервые, тогда как остальные пациентки перенесли в прошлом удаление эндометриомы, причем у 46,1% было подтверждено наличие рецидивной ЭКЯ в период проведения нашего исследования (табл. 3).

Среди 89 женщин, оперированных в прошлом по поводу ЭКЯ, у 60,7% резекция яичников выполнялась два-три раза, у 30,3% – более трех раз (табл. 4). Лишь 9% оперированных перенесли в прошлом только одну резекцию яичников, причем в момент нашего обследования у двух (25%) из восьми таких больных обнаруживались УЗ-признаки рецидивной эндометриомы. По данным анамнеза удалось установить, что продолжительность периода между удалением эндометриомы и ее подтвержденным рецидивом у пациенток с повторным выявлением ЭКЯ после хирургического лечения варьировалась от полугода до 12 лет (табл. 5). Причем такие колебания периода между повторными подтверждениями наличия ЭКЯ наблюдались не только у разных больных, но и у одной и той же пациентки с несколькими (более одного) диагностированными рецидивами эндометриомы. В среднем рецидив эндометриомы чаще имел место в течение двух с половиной лет после ее удаления.

Ретроспективно установлено, что возраст наблюдавшихся больных перед самой первой оперативной лапароскопией, назначенной для удаления ЭКЯ, колебался в интервале 20–25 лет (в среднем – 22,4 ± 1,6 года) (табл. 6). При включении этих же пациенток в настоящее исследование их возраст варьировался от 28 до 42 лет (средний возраст – 34,2 ± 3,5 года). Соответственно продолжительность периода между самым первым удалением эндометриомы (у женщин с одним или несколькими последующими рецидивами) и включением в наше исследование, предусматривавшее использование ЭКО, колебалась от четырех до 18 лет (в среднем – 10 ± 4,2 года).

При изучении зависимости степени снижения уровня АМГ от количества проведенных вмешательств на яичниках, сопровождавшихся удалением ЭКЯ, было установлено, что частота пациенток с выражен-



ным низким уровнем АМГ (0,5 нг/мл) нарастала при увеличении числа выполненных операций (табл. 7). Так, если среди больных с однократно проведенной резекцией ЭКЯ доля пациенток с выраженным снижением овариального резерва (низкими значениями АМГ) составляла 12,5%, то в случаях проведения двух-трех таких операций возрастала до 63%, а у пациенток, перенесших свыше трех операций, достигала 100%.

При уточнении информированности пациенток о негативном влиянии выполняемых по поводу ЭКЯ резекций яичников на овариальный резерв, редукция которого грозит выраженным снижением овариального резерва и, как следствие, эффективности ЭКО с собственными ооцитами, было установлено следующее (табл. 8).

Во-первых, лишь 7,5% оперированных женщин получили такую информацию перед удалением эндометриомы, тогда как остальные 92,5% не были предупреждены о возможных последствиях для состояния овариального резерва хирургического лечения ЭКЯ, что лишний раз подтверждает важность более внимательного отношения со стороны медицинского персонала к информированию пациенток репродуктивного возраста.

Во-вторых, в начале хирургического лечения ЭКЯ по причине молодого возраста (в среднем – 22 года) 15% больных не планировали беременность из-за нежелания иметь детей вообще (в дальнейшем их взгляды в этом вопросе кардинально изменились). Еще 79,6% женщин допускали возможность реализации репродуктивной функции, но лишь в отдаленной перспективе и только при благоприятных обстоятельствах. Из этого наблюдения следует, что и сами оперированные женщины часто не проявляли интереса к ознакомлению с возможными рисками хирургического лечения ЭКЯ, связанными именно с редукцией овариального резерва и ее последствиями. Это объясняется тем, что в период выполнявшихся оперативных лапароскопий беременность у этих пациенток не была приоритетной целью или даже рассматривалась как нежеланная в принципе.

### Обсуждение

При уточнении наличия у инфертильных пациенток с ЭКЯ и сниженным овариальным резервом патогенетических форм бесплодия, описываемых в МКБ-10, было установлено, что несостоятельность репродуктивной функции, диктовавшая необходимость использования ЭКО, была обусловлена в основном трубным и мужским факторами. Это наблюдение согласуется с сообщениями других специалистов, также указывающих на частое выявление сопутствующих факторов, требующих назначения ЭКО у инфертильных женщин с эндометриозом [11, 12]. Причем ряд таких факторов (например, мужской фактор) в принципе не могли иметь никакой связи с эндометриозом. Собственно только эндометриоз (в виде ЭКЯ без сочетания с сопутствующими факторами инфертильности) ассоциировался с наблюдаемым бесплодием

Таблица 7. Оценка зависимости степени снижения уровня АМГ у оперированных по поводу ЭКЯ женщин от количества выполненных резекций яичников (n = 89)

Количество выполненных оперативных лапароскопий по поводу ЭКЯ	% больных с определяемыми значениями АМГ	
	1,2–0,5 нг/мл (умеренная редукция овариального резерва)	< 0,5 нг/мл (выраженная редукция овариального резерва)
1	87,5	12,5
2–3	37,0	63,0
4 и более	0	100

Таблица 8. Репродуктивные планы в период хирургического лечения ЭКЯ у пациенток, обратившихся позднее за помощью в лечении бесплодия с использованием ЭКО (n = 89)

Репродуктивные планы в период хирургического лечения ЭКЯ	Количество пациенток, абс. (%)	
Отношение к беременности	не планировали беременность вообще	14 (15,0)
	не были заинтересованы в беременности в ближайшем периоде, но допускали ее возможность в будущем	70 (79,6)
	были заинтересованы в беременности в ближайшем периоде	5 (5,4)
Информированность о целесообразности реализации репродуктивных планов в ближайшие сроки после резекции ЭКЯ или создания криобанка собственных ооцитов/эмбрионов	получали соответствующую информацию перед операцией	7 (7,5)
	не получали соответствующей информации перед операцией	86 (92,5)

лишь у 1/5 больных. То есть, по нашим данным, только примерно у 20% инфертильных женщин с ЭКЯ не удавалось идентифицировать ту или иную из очевидных патогенетических форм бесплодия, приводимых в МКБ-10, что заставляет рассматривать имеющееся бесплодие у таких женщин как необъяснимое с точки зрения понимания его конкретных механизмов. Следует подчеркнуть, что вопрос об истинных механизмах бесплодия при любой из форм эндометриоза (не сочетающихся с сопутствующими факторами бесплодия, явно не связанными с эндометриозом) пока еще далек от окончательного разрешения, поскольку все существующие объяснения инфертильности при этом заболевании носят предположительный характер [13, 14]. К этому можно добавить, что большое число женщин с любыми из форм эндометриоза вообще не страдают бесплодием, что в еще большей степени осложняет объяснение причин увеличения процента инфертильных женщин среди пациенток с таким заболеванием. В отношении эффективности консервативного хирургического лечения ЭКЯ следует указать, что удаление ЭКЯ во многих случаях лишь на время избавляет больных от имеющейся патологии, о чем свидетельствуют ее упорное рецидивирование, заставляющее выполнять многократные повторные эксцизии вновь образующихся эндометриом. Результатом неодно-

кратных резекций функциональной яичниковой ткани, неизбежно сопровождающих удаление ЭКЯ, становится драматическое уменьшение овариального резерва, отображаемого уровнем АМГ. Между тем хорошо известно, что состояние овариального резерва является ключевым фактором, определяющим успешность использования ЭКО с собственными ооцитами [15]. Очевидно, пациентки с признаками выраженной (АМГ < 0,5 нг/мл) редукции овариального резерва имеют плохой прогноз эффективного использования ЭКО с собственными ооцитами из-за очень высокого (практически 100%-ного) риска бедного ответа. Причем у пациенток позднего репродуктивного возраста ситуация усугубляется, так как у них бедный ответ сочетается и со снижением качества выделяемых яйцеклеток и генерируемых из них эмбрионов, что в еще большей степени препятствует эффективности ЭКО с собственными ооцитами и требует использования донорского материала [16].

Подтвержденное в нашем исследовании неблагоприятное влияние хирургического лечения ЭКЯ на состояние овариального резерва указывает на необходимость учета последствий хирургической травмы яичников, создающей помехи для дальнейшего успешного использования ЭКО с собственными ооцитами. По этой причине при планировании удаления эндометриомы всех молодых пациенток полезно ориентировать на скорейшую реализацию репродуктивной функции после выполненной операции или на создание собственного банка крио-ооцитов/крио-эмбрионов в случаях, когда беременность не планируется в ближайшее время. Данный подход аргументирован высокой вероятностью рецидивирования ЭКЯ. При этом очевидно, что повторно выполняемые резекции эндометриом (при их рецидиве) дополнительно сокращают функциональную ткань яичников, а вместе с ней и овариальный резерв, что в еще большей степени увеличивает вероятность бедного ответа, снижающего эффективность стандартного ЭКО с собственными ооцитами.

Что касается больных позднего репродуктивного возраста, при наличии у них репродуктивных планов и обнаружении подлежащей удалению эндометриомы (впервые диагностированной или рецидивной) перед выполнением хирургического вмешательства на яичниках им следует еще более настоятельно рекомендовать создание собственного банка крио-ооцитов/крио-эмбрионов до проведения хирургического лечения. Подобная рекомендация вытекает из наших наблюдений, согласно которым у пациенток старшего репродуктивного возраста получение даже минимального количества эмбрионов надлежащего качества крайне затруднено не только из-за бедного ответа, ассоциируемого с хирургической травмой

яичников при удалении ЭКЯ, но и из-за возрастного падения качества получаемых ооцитов и генерируемых из них blastocysts.

Аналогичные рекомендации по ведению пациенток с ЭКЯ дают и другие специалисты, сообщившие о негативном влиянии хирургического лечения эндометриоза на овариальный резерв и, как следствие, на возможность последующего успешного использования ЭКО с собственными ооцитами [17, 18].

Отдельно следует указать, что отмеченная нами крайне низкая информированность оперированных по поводу ЭКЯ инфертильных женщин о неблагоприятном влиянии выполняемых резекций яичников на овариальный резерв подчеркивает необходимость более тесного сотрудничества хирургов и репродуктологов. В идеале перед удалением эндометриомы пациентка должна быть проконсультирована именно репродуктологом, который может предложить оптимальный план действий, обеспечивающий максимальное сохранение репродуктивного потенциала и возможность реализации репродуктивной функции при самых разных обстоятельствах, как в ближайшее время, так и в отдаленной перспективе.

### Заключение

При хирургическом лечении эндометриоза яичников в случаях заинтересованности пациенток в беременности целесообразно ориентировать их на скорейшую реализацию репродуктивной функции в послеоперационном периоде из-за высокой вероятности рецидивирования эндометриомы. Увеличение числа повторно выполняемых резекций ЭКЯ при их рецидивах усугубляет редукцию овариального резерва, что потенциально грозит бедным ответом, снижающим эффективность технологии ЭКО с собственными ооцитами, которая может быть востребована по разным причинам, причем в большинстве случаев не обязательно связанным только с эндометриозом. При отсрочке реализации репродуктивных планов у женщин, направляемых на хирургическое лечение ЭКЯ, целесообразно создание запаса собственных крио-ооцитов/крио-эмбрионов, обеспечивающих возможность достижения беременности в будущем. Причем у пациенток старшего репродуктивного возраста такой запас должен быть подготовлен в обязательном порядке до выполнения резекции ЭКЯ.

При планировании удаления ЭКЯ у женщин репродуктивного возраста хирургам следует направлять пациенток к репродуктологам для консультирования по вопросам, связанным с реализацией репродуктивных планов, даже если пациентки (в силу слишком молодого возраста) в период выполняемой операции не заинтересованы в реализации репродуктивной функции. ❁

### Литература

1. Краснопольская К.В. Лечение бесплодия при эндометриозе: взгляд репродуктолога. М.: МЕДпресс-информ, 2019.
2. Reid S., Condous G. Endometriomas and pelvic endometriosis. S. Guerriero, W. Martins, J. Alcazar (eds). Managing ultrasonography in human reproduction. Springer, Cham, 2017.





3. Cranney R., Condous G., Reid S. An update on the diagnosis, surgical management, and fertility outcomes for women with endometrioma. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2017; 96 (6): 633–643.
4. Lessey B.A., Gordts S., Donnez O., et al. Ovarian endometriosis and infertility: in vitro fertilization (IVF) or surgery as the first approach? *Fertil. Steril.* 2018; 110 (7): 1218–1226.
5. Vasconcelos I., de Sousa Mendes M. Conservative surgery in ovarian borderline tumours: a meta-analysis with emphasis on recurrence risk. *Eur. J. Cancer.* 2015; 51 (5): 620–631.
6. Bourdel N., Huchon C., Abdel Wahab C., et al. Borderline ovarian tumors: French guidelines from the CNGOF. Part 2. Surgical management, follow-up, hormone replacement therapy, fertility management and preservation. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Rep.* 2021; 50 (1): 101966.
7. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф., Ульрих Е.А. Опухоли яичника: клиника, диагностика и лечение. СПб.: Изд-во Н-Л, 2012.
8. Опухоли женской репродуктивной системы. Учебное пособие / под ред. С.С. Чистякова. М.: МИА, 2011.
9. Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 803Н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (зарегистрирован в Минюсте России 19 октября 2020 г. № 60457).
10. Клинические рекомендации. Женское бесплодие. Разработчик: Российское общество акушеров-гинекологов. Одобрено Научно-практическим советом Минздрава России 24 июня 2021 г.
11. Tanbo T., Fedorcsak P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2017; 96 (6): 659–667.
12. Sönmezer M., Taşkın S. Fertility preservation in women with ovarian endometriosis. *Womens Health (Lond).* 2015; 11 (5): 625–631.
13. Somigliana E., Vigano P., Benaglia L., et al. Management of endometriosis in the infertile patient. *Semin. Rep. Med.* 2017; 35 (01): 031–037.
14. Ярмолинская М.И., Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз. Различные грани проблемы. СПб.: Эко-Вектор, 2017.
15. Краснопольская К.В., Назаренко Т.А., Здановский В.М. и др. Влияние количественных параметров фолликулогенеза при контролируемой стимуляции яичников на эффективность ЭКО. *Проблемы репродукции.* 2017; 23 (3): 55–61.
16. Краснопольская К.В. Старение как причина снижения репродуктивного потенциала и как фактор риска «бедного ответа» в программе ЭКО. «Бедный ответ». Тактика ведения пациенток со сниженной реакцией на стимуляцию гонадотропинами в программах ЭКО / под ред. Т.А. Назаренко, К.В. Краснопольской. М.: МЕДпресс-информ, 2012; 25–33.
17. Jiang D., Nie X. Effect of endometrioma and its surgical excision on fertility (review). *Exp. Ther. Med.* 2020; 20 (5): 114.
18. Hong Y.H., Lee H.K., Kim S.K., et al. The significance of planned fertility preservation for women with endometrioma before an expected ovarian cystectomy. *Front. Endocrinol. (Lausanne).* 2021; 12: 794117.

### Reproductive Aspects of the Problem of Conservative Surgical Treatment of Endometrioid Ovarian Cysts

K.V. Krasnopolskaya, PhD, Prof., Corr.-Mem. of RAS, I.Yu. Yershova, PhD, A.A. Samoylova

*Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology*

Contact person: Irina Yu. Yershova, i3236987@gmail.com

**The aim** is to clarify the timing of recurrence of endometriomas removed and the dependence of the ovarian reserve status on the number of ovarian resections performed, as well as to assess the awareness of patients about the impact of surgical treatment of endometrioid ovarian cysts (EOC) on reproductive function and therapeutic effectiveness of in vitro fertilization (IVF) technology.

**Material and methods.** In 93 infertile patients with EOC and values of anti-müller hormone (AMH) < 1.2 ng/ml, the dependence of the degree of reduction of this hormone on the number of operations performed with relapses of endometrioma was analyzed. Using standard research methods in the same patients, the prevalence of infertility factors identified in the International Classification of Diseases of the 10th revision was studied in parallel, and women's awareness of the impact of surgical treatment of EOC on reproductive potential was clarified.

**Results.** Other forms of endometriosis were found in 71% of women with EOC, and the observed infertility, which necessitated the appointment of IVF, was mainly associated with confirmed male and tubal factors. Among the patients operated on for EOC with a reduced level of AMH, the majority underwent repeated ovarian resections due to relapses of endometriomas that occurred within two and a half years after their removal. The degree of decrease in the level of AMH was directly dependent on the number of operations performed. During surgical treatment of EOC, only 7.5% of patients received relevant information about their frequent recurrence and possible consequences for the reproductive function of ovarian resection performed (especially multiple).

**Conclusions.** Frequent recurrence of EOC, which forces repeated resections of the ovaries, is an obvious factor that, due to the reduction of the ovarian reserve, prevents the successful use of IVF technology with its own oocytes in situations where this method of infertility treatment is in demand. When planning the removal of EOC in women of reproductive age, surgeons should necessarily refer patients to reproductologists for advice on issues related to the implementation of reproductive plans both in the near and long term.

**Key words:** infertility, endometrioid ovarian cysts, ovarian reserve, IVF

# Отдаленные результаты профилактики осложнений после медицинского аборта

А.Э. Эседова, д.м.н., проф., А.Ю. Исламова, Т.С. Магомедова, Ф.С. Мамедов

Адрес для переписки: Альбина Юсуповна Исламова, umavovaalbina@mail.ru

Для цитирования: Эседова А.Э., Исламова А.Ю., Магомедова Т.С., Мамедов Ф.С. Отдаленные результаты профилактики осложнений после медицинского аборта. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 24–27.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-24-27

**Актуальность.** Частота осложнений аборта колеблется от 2,0 до 52,0%. Магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия оказывает иммуномодулирующее, бактерицидное, анальгезирующее действие.

**Цель** – повысить эффективность мероприятий, позволяющих уменьшить количество осложнений после медицинского аборта.

**Материал и методы.** Обследованы 124 пациентки после аборта. Женщины были разделены на три группы. Первую группу составили 52 (42,0%) пациентки, которым наряду с антибиотиками назначали магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию, вторую – 24 (19,3%) пациентки, которые получали магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию без антибиотиков. В контрольную группу вошли 48 (38,7%) больных, к которым не применялись методы профилактики.

**Результаты.** Пациентки проходили обследование через три, шесть и 12 месяцев после аборта. В первой группе менструальная функция восстановилась через три месяца у 36 (69,2%) пациенток, во второй – у 16 (66,7%), в контрольной – у 26 (54,1%). Более восьми дней менструация продолжалась у 16 (30,8%), 8 (33,7%) и 22 (45,9%) пациенток первой, второй и контрольной группы соответственно. Через шесть месяцев и год менструация оставалась нарушенной у 2 (3,9%) пациенток первой группы, у 1 (4,1%) второй группы и у 6 (12,5%) – контрольной. В первой группе планировали беременность 27 (52,0%) женщин. Беременность наступила у 10 (19,2%) пациенток: в 7 (13,4%) случаях завершилась родами, в 2 (3,9%) – выкидышем, в 1 (1,9%) – абортом.

Во второй группе беременность планировали 12 (50,0%) женщин. Беременность наступила у 5 (20,9%): у 4 (16,7%) завершилась родами, у 1 (4,1%) – выкидышем. В контрольной группе беременность планировали 25 (52,0%) пациенток. Беременность наступила у 7 (14,5%) пациенток: у 3 (6,2%) завершилась родами, у 4 (8,3%) – выкидышем.

**Выводы.** Магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия является эффективным способом профилактики, способствует более быстрому восстановлению менструальной и репродуктивной функций.

**Ключевые слова:** медицинский аборт, магнито-ИК-свето-лазер, озон, менструальный цикл, репродуктивная функция



### Актуальность

По данным разных авторов, частота осложнений искусственного прерывания беременности колеблется в широких пределах – от 2,0 до 52,0% [1, 2]. Искусственный аборт считается одной из ведущих причин гинекологической заболеваемости, бесплодия, заболеваний молочных желез, негативно влияет на течение последующей беременности и родов [3, 4]. Несмотря на применение современных антисептических средств и антибиотиков широкого спектра действия, совершенствование инструментария и оперативной техники, частота воспалительных заболеваний после искусственного аборта не снижается.

В связи с большим количеством осложнений аборта воспалительной природы у акушеров-гинекологов нередко доминирует точка зрения, что эффективная профилактика и лечение в основном заключаются в воздействии на микробный агент. При медикаментозном лечении наблюдается ряд неблагоприятных побочных эффектов: аллергияция организма, токсическое влияние лекарственных средств на печень, желудочно-кишечный тракт, кровь, появляются устойчивые к антибиотикам штаммы микроорганизмов и др. [5, 6].

В настоящее время на основании экспериментальных и клинических исследований установлены высокая эффективность и широкий спектр действия магнито-ИК-свето-лазера и озона при ряде патологических состояний, в том числе акушерско-гинекологических заболеваниях [7, 8]. Практически не имея противопоказаний к использованию, магнито-ИК-свето-лазер и медицинский озон оказывают антистрессовое, иммуномодулирующее, бактерицидное, цитостатическое и анальгезирующее действие [9, 10].

Данные литературы указывают на наличие множества методов профилактики осложнений после искусственного прерывания беременности. Однако не все они достаточно эффективны. В условиях повышения резистентности микробов к антибактериальным препаратам и увеличения частоты аллергияции больных внедрение магнито-ИК-свето-лазерного излучения и медицинского озона открыло большие возможности в профилактике осложнений после артифициального аборта.

*Цель исследования* – повысить эффективность мероприятий, позволяющих уменьшить количество осложнений после медицинского аборта.

### Материал и методы

С учетом поставленных целей и задач нами проведено обследование и лечение 124 больных после медицинского аборта в первом триместре беременности. Средний возраст пациенток составил  $34,8 \pm 1,7$  года. Женщины были разделены на три группы (две основные и контрольную). Первую группу составили 52 (42,0%) женщины, которым для профилактики осложнений после медицинского аборта в комплексе лечебных ме-

Комплексные профилактические мероприятия, проводимые после медицинского аборта и предусматривающие применение магнито-ИК-свето-лазерной и озонотерапии, считаются более эффективными, чем традиционная терапия.

Использование современных технологий позволяет добиться стойкого клинического излечения и способствует более быстрому восстановлению менструальной и репродуктивной функций женщин после медицинского аборта

роприятий с антибактериальными препаратами назначали магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию. Во вторую группу вошли 24 (19,3%) пациентки, которые в связи с дисбактериозом, аллергическими реакциями, лекарственной болезнью для профилактики послеабортных осложнений получали магнито-ИК-свето-лазерную и озонотерапию без антибиотиков. 48 (38,7%) пациенткам контрольной группы не проводилась профилактика осложнений после аборта. Распределение больных по группам проводилось методом случайной выборки.

Эффективность комплексной профилактики осложнений после медицинского аборта оценивали по клиническим данным, результатам лабораторных исследований и ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза. Микробиологические исследования включали бактериоскопию отделяемого из половых путей, современные методы диагностики Имбиофлор (4+КВМ) и Фемофлор-16, позволяющие проводить и качественную и количественную оценку микробиоты половых путей методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

### Результаты

Анализ генеративной функции показал, что среди пациенток 21 (17,0%) была первобеременной и 103 (83,0%) – повторнобеременные. Всего из 103 повторнобеременных имели в анамнезе 253 беременности, из них родов – 87, абортов – 166 (искусственных и самопроизвольных). Среди 21 нерожавшей в анамнезе было семь медицинских абортов, срок прерывания беременности – от трех до 11 недель. Из 103 повторнобеременных рожавших у 9 (7,8%) пациенток в анамнезе было по одному самопроизвольному выкидышу на сроке от семи до 23 недель беременности. В анамнезе осложнения после искусственного прерывания беременности наблюдались у 19 (18,4%) повторнобеременных.

Обследование пациенток проводилось через три, шесть и 12 месяцев после медицинского аборта. При этом оценивались данные микробиоценоза влагалища, срок наступления и характер первой менструации после прерывания беременности, результаты УЗИ органов малого таза.

Выполнено бактериоскопическое исследование микрофлоры отделяемого из половых путей. Исследуемые группы не отличались по всем анализируемым показателям ( $p > 0,05$ ). Число лейкоцитов не превышало норму, кокковая и грибковая флора, равно как и ключевые клетки, не выявлена ни у одной пациентки ( $p > 0,05$ ).

Проведено исследование методом Инбиофлор-4. При сравнительной характеристике достоверные различия между группами не зафиксированы ни по одному показателю. У пациенток контрольной группы, которым не проводилась профилактическая терапия, из облигатных микроорганизмов через три месяца после медицинского аборта в результате теста Инбиофлор-4 *Chlamydia trachomatis* обнаружена только в 1 (2,0%) случае. Проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия. Через шесть месяцев ни у одной пациентки не выявлено патогенной флоры. Результаты обследованных пациенток с помощью тест-системы Фемофлор-16 показали, что через шесть месяцев после искусственного аборта *Lactobacillus* spp. обнаружены у 51 (98,0%) пациентки первой группы, у 23 (95,9%) – второй и у 46 (95,9%) – контрольной группы. *Fusobacterium* spp. выявлены у 1 (2,0%) пациентки первой и 1 (2%) пациентки контрольной группы. При посещении врача наличие *Candida* spp. зарегистрировано в 1 (2,0%) случае в первой и второй группах и в 2 (4,1%) случаях в контрольной группе. В целом условно-патогенная микрофлора диагностировалась редко, но состав микрофлоры у пациенток первой и второй групп был лучше, чем у пациенток контрольной.

УЗИ органов малого таза проводилось всем пациенткам с целью диагностики и контроля эффективности терапии. При этом оценивали состояние матки и ее полости (М-эхо), состояние яичников (наличие доминантного фолликула). Сравнительный анализ эхограмм показал, что утолщение эндометрия не зафиксировано у пациенток обследованных групп с учетом данных бактериоскопического исследования и теста Фемофлор-16.

Итак, включение физических факторов в состав терапии обеспечило надежную профилактику воспалительных осложнений в первые шесть месяцев после медицинского аборта у пациенток первой и второй групп. В то же время в контрольной группе имелись предпосылки для обострения хронического воспалительного процесса у 8,3% женщин. С учетом данных УЗИ органов малого таза, проведенного спустя один и три месяца после аборта, эхографических признаков воспалительного процесса не об-

наружено ни у одной из обследованных пациенток. Это указывает на положительное влияние магнито-ИК-свето-лазера и озона на сократительную способность матки и профилактику воспалительных осложнений.

Для оценки эффективности проведенного лечения после искусственного аборта важны отдаленные результаты лечения в восстановлении менструальной и репродуктивной функций. Осмотр пациенток с целью оценки эффективности проведенной профилактической противовоспалительной терапии проводился через шесть и 12 месяцев после медицинского аборта.

Через месяц после аборта у большинства пациенток продолжительность менструации была менее восьми дней. Однако в данном аспекте исследуемые группы различались. О нормальной продолжительности менструации через три месяца сообщили 36 (69,2%) пациенток первой группы, 16 (66,7%) – второй и 26 (54,1%) – контрольной. Свыше восьми дней продолжалась менструация у 16 (30,8%), 8 (33,7%) и 22 (45,9%) пациенток первой, второй и контрольной группы соответственно ( $p < 0,05$ ). Через шесть месяцев и год менструальная функция оставалась нарушенной у 2 (3,9%) пациенток первой группы, 1 (4,1%) – второй и 6 (12,5%) – контрольной с учетом графиков базальной температуры и тестов на овуляцию ( $p < 0,05$ ).

Нами также прослежены отдаленные результаты проведенного лечения в плане наступления последующей беременности – данные об особенностях репродуктивной функции обследованных пациенток после искусственного аборта.

Оценены особенности репродуктивной составляющей обследованных женщин. В первой группе планировали беременность 27 (52,0%) женщин, 25 (48,0%) предохранялись от беременности. Беременность наступила у 10 (19,2%) пациенток: 7 (13,4%) завершили срочными родами, 2 (3,9%) – самопроизвольным выкидышем, одной женщине по желанию выполнен искусственный аборт. Во второй группе планировали беременность 12 (50,0%) женщин, 12 (50,0%) предохранялись от беременности. Беременность наступила у 5 (20,9%) больных: 4 (16,7%) завершили физиологическими родами, 1 (4,1%) – неполным самопроизвольным выкидышем. В контрольной группе планировали беременность 25 (52,0%) женщин, остальным индивидуально были подобраны методы контрацепции. Беременность наступила у 7 (14,5%) пациенток: 3 (6,2%) завершили срочными родами, 4 (8,3%) – самопроизвольным абортom.


## Выводы

Из общего числа прервавших беременность 43 (34,7%) женщины составляют группу первобеременных или имеющих в анамнезе только искусственный аборт, 82 (66,1%) заинтересованы в дальнейшем сохранении репродуктивной функции,



что делает проблему сохранения репродуктивной функции у этого контингента пациенток наиболее актуальной. 79 (63,8%) женщин по состоянию гинекологического здоровья и частоте экстрагенитальной патологии составляют группу умеренного и выраженного риска по развитию постабортных осложнений.

Таким образом, комплексные профилактические мероприятия после медицинского аборта с использованием магнито-ИК-свето-лазерной

и озонотерапии более эффективны, чем традиционная терапия. Динамическое наблюдение обследованных пациенток и реабилитация в виде повторных курсов в течение трех, шести и 12 месяцев показали, что использование современных технологий позволяет добиться стойкого клинического излечения и способствует более быстрому восстановлению менструальной и репродуктивной функций женщин после аборта. 

## Литература

1. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. М.: Медицина, 2015.
2. Савельева И.С., Плотко Е.Э., Байкова М.К. Снижение риска инфекционных осложнений при искусственном прерывании беременности и возможности последующей реабилитации. Акушерство и гинекология. 2011; 7 (2): 67–72.
3. Краснопольский В.И. Безопасный аборт. Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
4. Хаскин С.Г. Аборт и его осложнения. М.: Гостехиздат, 2020.
5. Ross J.D.C. Pelvic inflammatory disease. Medicine. 2014; 42 (6): 333–337.
6. Прилепская В.Н., Сехин С.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностика и тактика ведения больных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2015; 15 (4): 101–106.
7. Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Одиноква В.А. Малоинвазивные инновационные лазерные технологии в гинекологической практике. Акушерство и гинекология. 2014; 11: 17–22.
8. Серов В.Н., Федорова Т.А., Чернуха Е.А. Медицинская технология «Применение медицинского озона в акушерстве, гинекологии и неонатологии». Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2010; 3: 47–55.
9. Vizintin Z., Lukac M., Kazic M., et al. Erbium laser in gynecology. Climacteric. 2015; 18 (1): 4–8.
10. Гречканев Г.О., Мотовилова Т.М., Горшунова Л.Г. и др. Сочетанное местное применение медицинского озона и бактериофагов в лечении женщин с воспалительными заболеваниями гениталий (экспериментальное обоснование). Российский вестник акушера-гинеколога. 2016; 16 (11): 17–20.

## Long-Term Results of Prevention of Complications After Medical Abortion

A.E. Esedova, PhD, Prof., A.Yu. Islamova, T.S. Magomedova, F.S. Mamedov

Dagestan State Medical University

Contact person: Albina Yu. Islamova, umavovaalbina@mail.ru

**Relevance.** The frequency of abortion complications ranges from 2.0 to 52.0%. The effectiveness of the magneto-IR light laser and ozone, which have immunomodulatory, bactericidal, analgesic effects.

**Purpose** to increase the effectiveness of measures to reduce the number of complications after medical abortion.

**Material and methods.** 124 patients after abortion were examined and divided into 3 groups. In the main group I 52 (42.0%) women who were treated with antibiotics with magneto-IR light laser and ozone. In the main group II, 24 (19.3%) patients were treated with magneto-IR light-laser and ozone therapy, without antibiotics. The control subgroup consisted of 48 (38.7%) patients without prophylaxis.

**Results.** The patients were examined 3, 6 and 12 months after the abortion. In the main group I, menstrual function was restored after 3 months in 36 (69.2%) patients, in the main group II 16 (66.7%) and control 26 (54.1%), more than 8 days continued in 16 (30.8%), 8 (33.7%) and 22 (45.9%) accordingly. After 6 months and a year, menstruation remained impaired in 2 (3.9%) patients of the main group I, in 1 (4.1%) of the main group II and in 6 (12.5%) of the control group. In the main group I, 27 (52.0%) women planned pregnancy. Pregnancy occurred in 10 (19.2%) patients: 7 (13.4%) ended in childbirth, 2 (3.9%) miscarriage, 1 abortion. In the main group II, 12 (50.0%) women planned pregnancy. Pregnancy occurred in 5 (20.9%): 4 (16.7%) they ended in childbirth and 1 (4.1%) miscarriage. In the control group, 25 (52.0%) patients planned pregnancy. It occurred in 7 (14.5%) patients: 3 (6.2%) ended in childbirth and 4 (8.3%) miscarriage.

**Conclusions.** Magneto-IR light-laser and ozone therapy is an effective way of prevention, promotes faster recovery of menstrual and reproductive function.

**Key words:** medical abortion, magneto-IR light laser, ozone, menstrual cycle, reproductive function

<sup>1</sup> Приволжский  
окружной  
медицинский центр

<sup>2</sup> Первый Московский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. И.М. Сеченова

<sup>3</sup> Национальный  
медицинский  
исследовательский  
центр акушерства,  
гинекологии  
и перинатологии  
им. академика  
В.И. Кулакова

# Возможные факторы риска развития постоперационного пролапса тазовых органов

О.А. Паузина<sup>1</sup>, И.А. Аполихина, д.м.н., проф.<sup>2, 3</sup>, С.В. Романов, д.м.н.<sup>1</sup>, А.Р. Дудкина<sup>3</sup>, А.С. Саидова, к.м.н.<sup>3</sup>, О.П. Абаева, д.м.н.<sup>1</sup>, К.В. Евдокимова<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Инна Анатольевна Аполихина, i\_apolikhina@oparina4.ru

Для цитирования: Паузина О.А., Аполихина И.А., Романов С.В. и др. Возможные факторы риска развития постоперационного пролапса тазовых органов. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 28–32.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-28-32

*Цель исследования – оценить возможные факторы риска развития послеоперационного рецидива пролапса тазовых органов. В ходе исследования были проанализированы данные 245 пациенток (медиана возраста – 68 лет), впервые прооперированных в течение двух-трех лет, предшествовавших исследованию. Частота возникновения рецидивов составила 45,3%. В результате статистического анализа не установлено статистически значимой корреляции между возникновением рецидива и/или периодом до его возникновения и периодом от обнаружения симптомов до обращения к врачу и хирургического лечения, а также фактом назначения консервативной терапии до операционного лечения.*

**Ключевые слова:** пролапс тазовых органов, постоперационный рецидив пролапса тазовых органов

**П**ролапс тазовых органов (ПТО) – распространенное патологическое состояние, связанное с дисфункцией тазового дна и характеризующееся сочетанным или изолированным опущением тазового дна и органов малого таза [1]. Такое состояние характерно для женщин пожилого возраста, но, по некоторым данным, встречается и у женщин репродуктивного возраста – до 30% случаев. ПТО, хотя и не является жизнеугрожающим заболеванием, существенно ухудшает качество жизни пациенток, а также способствует развитию сопутствующих заболеваний [2].

В 2022 г. китайские ученые опубликовали результаты глобального исследования эпидемиологической ситуации и социодемографических факторов развития ПТО за последние 30 лет

(1990–2019). Согласно результатам, в мире с проблемой ПТО сталкивается около 40% женщин. Среди женщин в возрасте до 50 лет заболеваемость постепенно снижается. В то же время у пациенток старше 50 лет частота возникновения ПТО за последние 30 лет увеличилась [3]. Принимая во внимание увеличивающееся количество женщин пожилого возраста среди социально активного населения в мире, следует признать, что медико-социальная значимость проблемы ПТО возрастает с каждым годом.

Причины и факторы риска развития ПТО на протяжении нескольких десятилетий остаются одним из самых дискуссионных вопросов современной гинекологии. Выделяют разные потенциальные факторы риска развития ПТО. Так, в масштабном метаанализе 2015 г. их пере-



числено свыше 30 по данным почти 4449 источников [4]. Очевидным можно считать только повышение риска развития ПТО с возрастом, увеличением массы тела и постоянным выполнением тяжелой физической работы. С возрастом риск возникновения ПТО существенно увеличивается: по некоторым данным, на 40% с каждыми десятью годами жизни женщины [5]. Лишний вес повышает риск развития ПТО на 40–50%, причем снижение веса не вызывает обратного эффекта [6].

Вопрос о наилучших практиках лечения ПТО настолько сложен и неоднозначен, что в ряде источников напрямую предлагается выбирать метод лечения исходя из предпочтений пациентки [7]. В целом спектр существующих методов варьируется от консервативных методик (тренировка мышц тазового дна, влагалищные пессарии, электростимуляция и др.) до хирургической коррекции с использованием как только естественных тканей, так и имплантов [8, 9]. Разнообразие доступных медицинских технологий, с одной стороны, расширяет спектр возможностей медицинской помощи, с другой – ставит перед практикующим врачом достаточно сложную проблему, решить которую можно, только обладая максимально полной информацией о преимуществах и ограничениях каждой методики.

Хирургическое лечение ПТО – один из самых распространенных методов коррекции данной патологии. Однако хирургическое вмешательство как метод лечения в данном случае имеет ряд ограничений и недостатков, среди которых помимо очевидных рисков, связанных с анестезией, последующей реабилитацией, – высокая частота постоперационных рецидивов.

В большом наблюдательном исследовании, опубликованном в 1997 г., пациенткам в возрасте до 60 лет из-за рецидива в 13% случаев потребовалась повторная операция в течение пяти лет после первого вмешательства [10]. В другом исследовании в повторном хирургическом лечении в течение десяти лет после первой операции нуждались 17% пациенток [11]. Данные итальянских ученых, полученные в ходе 26-месячного наблюдения за 360 пациентками, свидетельствуют о 10% случаев возникновения рецидива в течение указанного периода [12].

Факторы риска возникновения рецидива после первичного хирургического лечения по поводу ПТО также неоднократно становились предметом исследований и метаанализов [13]. В исследовании 2020 г. сравнивали данные 125 женщин с постоперационным рецидивом и 64 женщин, у которых после аналогичного вмешательства рецидив отсутствовал. Единственным фактором, связью которого с частотой рецидива оказалась статистически значимой, была стадия ПТО. К потенциальным факторам риска авторы относят возраст женщи-

ны и хроническую обструктивную болезнь легких. В то же время индекс массы тела, количество и тип родов, курение и артериальное давление не ассоциируются с возникновением рецидива или его отсутствием [14].

Шведские исследователи оценили рецидивы ПТО через десять лет после хирургического лечения у 128 женщин, указав в качестве факторов риска рецидива 3-ю стадию ПТО и предыдущие хирургические вмешательства в области тазового дна. Ученые пришли к неутешительному выводу, что, вероятно, развитие рецидива на текущем этапе развития медицинской науки непредсказуемо, поскольку у значительной части пациенток естественные процессы старения накладываются на изменение клинической картины в результате хирургии, затрудняя определение причинно-следственных связей между подобными изменениями [15]. В ряде источников в качестве фактора риска рецидива помимо 3–4-й стадии ПТО называют возраст менее 60 лет [16, 17]. Данные о корреляции других факторов (вес, количество родов, способ родоразрешения, курение, семейный анамнез и т.д.) с частотой развития рецидивов весьма противоречивы, и сделать какие-либо однозначные выводы на основании опубликованных исследований не представляется возможным. В целом относительно доказанными факторами риска считаются только 3–4-я стадия ПТО и возраст менее 60 лет.

Рецидивы ПТО после хирургического лечения представляют собой актуальную проблему не только в медицинском, но и социально-экономическом аспекте. Женщины с ПТО не могут осуществлять некоторые виды трудовой и иной деятельности, качество их жизни существенно снижается. Кроме того, рецидивы требуют повторной госпитализации, что снижает экономическую эффективность предоставления медицинских услуг и в конечном счете невыгодно с точки зрения общественного блага.

Таким образом, риск постоперационного рецидива является важнейшим аспектом, который следует учитывать при выборе стратегии лечения пациенток с ПТО и принятии решения о применении хирургических методов коррекции. В целях снижения частоты возникновения постоперационных рецидивов важно понимать, какие именно факторы обуславливают появление рецидивов, чтобы планировать лечение пациенток с ПТО с учетом воздействия данных факторов. В связи с этим было решено провести исследование для выявления частоты развития рецидивов ПТО через два-три года после оперативного лечения и проанализировать, какие факторы коррелируют с развитием рецидивов в наибольшей степени. Помимо этого ставилась задача оценить влияние консервативной терапии в предоперационном периоде на частоту развития рецидивов после оперативного лечения.

## Материал и методы

Базой исследования стал ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России (Нижний Новгород). В опросе приняли участие 245 женщин, прооперированных в гинекологическом отделении Приволжского окружного медицинского центра в 2017–2018 гг. по поводу ПТО 2–3-й стадии. Операции выполнялись без использования имплантов. В исследовании участвовали пациентки в возрасте от 30 лет до 91 года, медиана возраста составила 68 лет. Данные собирались путем опроса пациенток, подписавших информированное согласие. Анализировались следующие параметры: длительность периода от появления симптомов ПТО до операции, длительность периода от появления симптомов до обращения к врачу, факт назначения консервативной терапии на первом этапе лечения, наличие жалоб на момент заполнения анкеты, время до возникновения симптомов ПТО после операции, характер этих симптомов. При анализе данных использовали программный пакет SPSS Statistics.

## Результаты

Из 245 пациенток 111 (45,3%) испытывали симптомы ПТО в течение трех-четырех лет после операции. Из симптомов ПТО, имевших место после операции, чаще отмечались ощущение инородного тела во влагалище – 62 (55,9%) случая, недержание мочи – 38 (34,2%). Реже встречались учащенное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря и другие симптомы.

У 66 (59,5%) пациенток симптомы ПТО проявились через полгода после хирургического лечения, у 28 (25,2%) – через год и у 11 (9,9%) – через два года. Шесть пациенток затруднились с ответом. Взаимосвязи с другими изучаемыми переменными не установлено.

Выявлена прямая корреляция между скоростью обращения к врачу по поводу симптомов ПТО и назначением консервативной терапии. Среди женщин, обратившихся к врачу сразу при обнаружении симптомов, консервативную терапию получали 28,5%, а среди обратившихся через год и более после появления симптомов – 8,2%. Таким образом, чем раньше женщина обращается к врачу, тем выше вероятность назначения консервативного лечения. Данный факт легко объясняется тем, что в менее запущенных случаях врач обоснованно стремится избежать хирургического вмешательства и связанных с ним рисков, если существует шанс на успех при консервативном лечении.

Не зарегистрировано статистически значимых взаимосвязей между фактом назначения консервативной терапии и остальными исследуемыми переменными, относящимися к симптомам. Не установлено корреляции между наличием симптомов в момент заполнения анкеты и остальными переменными. Не выявлены также факторы,

связанные со временем, прошедшим с момента хирургического лечения до повторного обнаружения симптомов ПТО. Характер и сочетание симптомов также не находятся в какой-либо значимой взаимосвязи с остальными анализируемыми переменными.

В целом по исследуемым параметрам отличий между пациентками с симптомами ПТО после хирургического вмешательства и пациентками без симптомов не зафиксировано. Например, распределение переменной «время возникновения симптомов до операции» идентично у пациенток, испытывающих на настоящий момент симптомы ПТО, и пациенток без таких симптомов.

## Обсуждение

Успех хирургической коррекции ПТО крайне сложно оценить объективно. Так, частота успешных хирургических вмешательств при ПТО имеет гигантский разброс – 19,2–97,2% в зависимости от того, что считать успехом [18]. Оптимальный анатомический результат имеет весьма слабое отношение к удовлетворенности пациенток результатами лечения и к элиминации симптомов. Поэтому говорить об объективной оценке в данном случае крайне сложно [19]. Более того, на удовлетворенность пациенток результатами хирургии, по данным других исследований, не влияют тип вмешательства, стадия ПТО, возраст, другие объективные факторы [20]. Данное исследование опиралось на оценку так называемого оптимального симптоматического результата, который достигается в случае длительного отсутствия наиболее часто встречающихся симптомов ПТО по собственной оценке пациенток.

Исследование подтверждает ранее опубликованные данные об отсутствии прямой зависимости между частотой возникновения рецидива после хирургического лечения и временем до обращения к врачу при появлении симптомов ПТО, назначением консервативной терапии и рядом других факторов. Это можно объяснить тем, что, обладая стандартным набором данных анамнеза и сведениями о состоянии пациентки, невозможно предсказать успех хирургического лечения с точки зрения возникновения рецидива в течение последующих двух-трех лет после операции, что вполне согласуется с данными приведенных исследований. В то же время при наличии соответствующих показаний указанные факторы не должны служить препятствием к назначению хирургического лечения, но необходимо учитывать неснижаемые риски возникновения рецидива.

Исследование не показало увеличения или уменьшения частоты рецидива с течением времени после операции. Это в целом согласуется с данными других авторов, хотя в некоторых источниках, например в опубликованном в 2021 г. исследовании с участием 284 пациенток, утверждается, что в первые два года после операции частота реци-





дивов выше [21]. Отсутствие корреляции между временем от появления симптомов до хирургического лечения и возникновением рецидива может говорить о том, что успешность (безрецидивность) хирургического лечения ПТО обусловлена не только факторами, связанными со стадией и запущенностью заболевания, или о существенно различающейся скорости развития заболевания у разных пациенток. Для детального выяснения вопроса необходимы более масштабные исследования на больших структурированных выборках пациенток с более длительным периодом наблюдения.

Очевидным ограничением исследования является отсутствие данных инструментального обследования всех включенных в исследование пациенток. В течение некоторого периода рецидив может проявляться только анатомически, не приводя к возникновению соответствующей функциональной симптоматики. Принимая во внимание этот факт, следует отметить, что ситуация с учетом данных объективного обследования может оказаться существенно иной. Субъективное восприятие пациентками эффекта от различных видов коррекции ПТО может достаточно серьезно расходиться с объективной клинической картиной. Так, в нидерландском исследовании из 539 женщин, получивших консервативное или оперативное лечение ПТО 2-й стадии и более, 84% были удовлетворены результатами оперативного лечения, 74% – результатами консервативной терапии. В то же время объективные данные показали отсутствие разницы между результатами групп хирургического и консервативного лечения [22]. Однако необходимо иметь в виду, что в рамках данного исследования хирургическое лечение предпочли в основном женщины моложе 60 лет, испытывавшие более выраженные симптомы ПТО, что могло привести к некоторому смещению выборки и искажению результатов. Напротив, в другом исследовании среди женщин в постменопаузе удовлетворенность хирургическим лечением по сравнению с консервативной терапией (влагалищными пессариями) была ниже. При этом субъективное восприятие пациенток совпадало с данными объективных обследований [23]. Такие расхождения в показателях эффективности терапии могут означать, что оценки возникновения рецидива на основании только субъективных мнений пациенток или, наоборот, исключительно результатов объективного осмо-

тра недостаточно. Для полноценного освещения проблемы необходимо учитывать как оценку пациенток, так и объективные клинические результаты.

Получение соответствующих данных в настоящий момент представляется невозможным, поскольку они могут быть собраны только в рамках масштабного информационно-медицинского проекта. Например, в Швеции существует национальный реестр качества гинекологической хирургии GynOp, позволяющий отслеживать результаты хирургических вмешательств, в том числе по коррекции ПТО, в динамике в течение длительного периода времени [24]. Инициация полноценной многолетней наблюдательной программы с учетом уже указанной медико-социальной актуальности проблемы ПТО была бы крайне желательна как с медицинской, так и с экономической точки зрения для получения данных, необходимых для эффективного лечения пациенток с ПТО и снижения числа повторных госпитализаций.

### Выводы

На основании результатов проведенного исследования не удалось установить прямую зависимость частоты возникновения постоперационных рецидивов ПТО от изучаемых переменных, включая назначение консервативной терапии до операции и время от появления симптомов до первого оперативного лечения. В среднем у 45,3% женщины симптомы ПТО возникают вновь в течение двух-трех лет после первого хирургического вмешательства, что согласуется с данными предыдущих исследований. В целом по исследуемым параметрам пациентки с симптомами ПТО после хирургического вмешательства и пациентки без симптомов не отличались. Полученные результаты указывают на то, что сегодня, обладая стандартным набором данных анамнеза и сведениями о состоянии пациентки, невозможно предсказать успешность хирургического лечения в аспекте возникновения рецидива в течение последующих двух-трех лет после операции. Следовательно, снизить риск повторного появления симптомов ПТО после операции невозможно. Требуются дальнейшие исследования для всестороннего анализа факторов риска возникновения постоперационного рецидива с целью обоснования наиболее эффективной стратегии лечения пациенток с ПТО, включающей хирургические методы. ❧

### Литература

1. Гречканев Г.О., Котова Т.В., Качалина Т.С. и др. Современные возможности консервативного лечения женщин с пролапсом тазовых органов. Российский вестник акушера-гинеколога. 2021; 21 (3): 46–56.
2. Оразов М.Р., Токтар Л.Р., Достиева Ш.М. и др. Пролапс тазовых органов – проблема, не имеющая идеального решения. Трудный пациент. 2019; 17 (8–9): 23–27.
3. Wang B., Chen Y., Zhu X., et al. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: an observational trend study from 1990 to 2019. Front. Public Health. 2022.

4. Vergeldt T.F.M., Weemhoff M., IntHout J., Kluivers K.B. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int. Urogynecol. J.* 2015; 26 (11): 1559–1573.
5. Swift S.E., Tate S.B., Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189 (2): 372–377.
6. Giri A., Hartmann K.E., Hellwege J.N., et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017; 217 (1): 11–26.
7. Chung S.H., Kim W.B. Various approaches and treatments for pelvic organ prolapse in women. *J. Menopausal Med.* 2018; 24 (3): 155–162.
8. Дикке Г.Б., Глухов Е.Ю., Нефф Е.И. и др. Хирургическая коррекция и консервативная помощь при пролапсе тазовых органов. *Фарматека.* 2021; 28 (6): 25–32.
9. Аполихина И.А. Современные подходы к диагностике и консервативному лечению пролапса гениталий у женщин в практике гинеколога. *Акушерство и гинекология.* 2017; 3: 26–33.
10. Olsen A.L., Smith V.J., Bergstrom J.O., et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* 1997; 89 (4): 501–506.
11. Denman M.A., Gregory W.T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198 (5): 555.e1–e5.
12. Salvatore S., Athanasiou S., Digesu G.A., et al. Identification of risk factors for genital prolapse recurrence. *Neurourol. Urodyn.* 2009; 28 (4): 301–304.
13. Schulten S.F.M., Claas-Quax M.J., Weemhoff M., et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2022; 227 (2): 192–208.
14. Bodner-Adler B., Bodner K., Carlin G., et al. Clinical risk factors for recurrence of pelvic organ prolapse after primary native tissue prolapse repair. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2022; 134 (1–2): 73–75.
15. Tegerstedt G., Hammarström M. Operation for pelvic organ prolapse: a follow-up study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2004; 83 (8): 758–763.
16. Whiteside J.L., Weber A.M., Meyn L.A., Walters M.D. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191 (5): 1533–1538.
17. Diez-Itza I., Aizpitarte I., Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18 (11): 1317–1324.
18. Ko K.J., Lee K.S. Current surgical management of pelvic organ prolapse: strategies for the improvement of surgical outcomes. *Investig. Clin. Urol.* 2019; 60 (6): 413–424.
19. Lee U., Raz S. Emerging concepts for pelvic organ prolapse surgery: what is cure? *Curr. Urol. Rep.* 2011; 12 (1): 62–67.
20. Belayneh T., Gebeyehu A., Adefris M., et al. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. *BMC Womens Health.* 2021; 21 (1): 4.
21. Roos E.J., Schuit E. Timing of recurrence after surgery in pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol. J.* 2021; 32 (8): 2169–2176.
22. Van der Vaart L.R., Vollebregt A., Milani A.L., et al. Pessary or surgery for a symptomatic pelvic organ prolapse: the PEOPLE study, a multicentre prospective cohort study. *BJOG.* 2022; 129 (5): 820–829.
23. Miceli A., Dueñas-Diez J.L. Effectiveness of ring pessaries versus vaginal hysterectomy for advanced pelvic organ prolapse. A cohort study. *Int. Urogynecol. J.* 2019; 30 (12): 2161–2169.
24. Brunet M., Ek M., Drca A., et al. Vaginal vault prolapse and recurrent surgery: a nationwide observational cohort study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2022; 101 (5): 542–549.

### Possible Risk Factors for Postoperative Pelvic Organ Prolapse

O.A. Pauzina<sup>1</sup>, I.A. Apolikhina, PhD, Prof.<sup>2,3</sup>, S.V. Romanov, PhD<sup>1</sup>, A.R. Dudkina<sup>3</sup>, A.S. Saidova, PhD<sup>3</sup>, O.P. Abaeva, PhD<sup>1</sup>, K.V. Yevdokimova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Volga District Medical Center

<sup>2</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

<sup>3</sup> V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Contact person: Inna A. Apolikhina, i\_apolikhina@oparina4.ru

*The aim of the study was to analyze possible risk factors for the development of postoperative recurrence of pelvic organ prolapse. The study included 245 patients (median age – 68 years) who underwent surgery for the first time during the two to three years preceding the study. The recurrence rate was 45.3%. As a result of statistical analysis, there was no statistically significant correlation between the occurrence of relapse and/or the period before its occurrence and the period from the detection of symptoms to the doctor and surgical treatment, as well as the fact of prescribing conservative therapy before surgical treatment.*

**Key words:** pelvic organ prolapse, postoperative recurrence of pelvic organ prolapse



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН НОВИНОК  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

**MBOOKSHOP**

**WWW.MBOOKSHOP.RU**



Нужна медицинская книга?  
Закажите:

- на сайте [www.mbookshop.ru](http://www.mbookshop.ru)
- по телефону 8 (967) 026-11-09
- по эл. почте [zakaz@medcongress.ru](mailto:zakaz@medcongress.ru)

**У НАС ДЕШЕВЛЕ!**

**СРАВНИТЕ ЦЕНЫ**

**И УБЕДИТЕСЬ**

**САМИ!**



<sup>1</sup> Московский  
государственный  
медико-  
стоматологический  
университет  
им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Национальный  
медицинский  
исследовательский  
центр акушерства,  
гинекологии  
и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова

<sup>3</sup> Российская детская  
клиническая  
больница Российского  
национального  
исследовательского  
медицинского  
университета  
им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Российский  
национальный  
исследовательский  
медицинский  
университет  
им. Н.И. Пирогова

<sup>5</sup> Первый Московский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. И.М. Сеченова

# Нарушения менструального цикла у подростков, вызванные пандемией COVID-19. Обзор литературы

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1, 2</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 3</sup>,  
И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>3, 4</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>3</sup>, М.А. Лошкарева<sup>5</sup>,  
А.В. Красивская<sup>5</sup>

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Караченцова И.В. и др. Нарушения менструального цикла у подростков, вызванные пандемией COVID-19. Обзор литературы. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 34–39.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-34-39

По данным Всемирной организации здравоохранения, пандемия COVID-19, вызванная коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-CoV-2), по состоянию на сентябрь 2022 г. стала причиной свыше 620 млн заражений и 6,5 млн смертей в мире. В настоящее время хорошо известно воздействие COVID-19 на дыхательную и нервную системы. Поражаются также сосуды (эндотелий), миокард, почки, желудочно-кишечный тракт и другие органы. Однако влияние COVID-19 на репродуктивную систему и последующие изменения менструального цикла у девочек подросткового возраста остается недостаточно изученным. Цель обзора – изучить влияние пандемии коронавирусной инфекции на женскую репродуктивную систему, в частности на менструальный цикл девочек-подростков. Обзор включал в себя клинические исследования влияния коронавирусной инфекции (COVID-19) на репродуктивную функцию у девочек-подростков. Поиск данных проводился в системах PubMed, Google Scholar и Cochrane Library. В результате поиска по ключевым словам обнаружено 514 исследований. 42 статьи были подвергнуты скринингу. В ходе отбора изучены 30 статей, отобранных по названию и абстракту, опубликованных в течение последних нескольких лет. Выполнен полнотекстовый анализ выбранных исследований, из которых 11 подошли для качественного синтеза.

**Ключевые слова:** SARS-CoV-2, COVID-19, менструальный цикл, девочки, подростки

## Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, пандемия COVID-19, вызванная коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-CoV-2), по состоянию на сентябрь 2022 г. стала причиной свыше 620 млн заражений и 6,5 млн смертей в мире.

В настоящее время хорошо известно воздействие COVID-19 на дыхательную и нервную системы. Поражаются также сосуды (эндотелий), миокард, почки, желудочно-кишечный тракт и другие органы [1, 2]. Однако влияние COVID-19 на репродуктивную систему и последующие изменения в менструальном цикле у девочек подросткового возраста недостаточно изучено.

Нормальный и регулярный менструальный цикл – жизненно важный показатель, на основании которого можно судить о репродуктивном здоровье женщины, ее общем состоянии здоровья. Необходимо помнить о воздействии многочисленных факторов среды, способных влиять на секрецию гормонов и тем самым потенциально нарушать регулярность цикла. Девочки подросткового возраста особенно склонны к нарушению менструального цикла, поскольку в этом периоде происходят многочисленные физические и психические изменения. Подсчитано, что почти 75% девочек в мире сталкиваются с проблемами, связанными с менструацией [3]. Наиболее распространенными нарушениями считаются дисменорея, предменструальный синдром и нерегулярность менструального цикла. Упомянутые расстройства могут существенно влиять на качество жизни девушек, снижать их работоспособность [4].

*Цель обзора* – изучить влияние пандемии коронавирусной инфекции на женскую репродуктивную систему, в частности на менструальный цикл девочек-подростков.

## Материал и методы

В обзор были включены клинические исследования влияния коронавирусной инфекции (COVID-19) на репродуктивную функцию у девочек-подростков. Поиск данных осуществлялся в базах PubMed, Google Scholar и Cochrane Library по ключевым словам: SARS-CoV-2, COVID-19, menstrual cycle, girls, adolescent.

## Результаты

В результате поиска в указанных базах по заданным ключевым словам обнаружено 514 исследований. Далее 42 статьи подверглись скринингу. В ходе отбора по названию и абстракту исследований изучено 30 статей, опубликованных в течение последних нескольких лет. Проведен полнотекстовый анализ выбранных исследований, из которых для качественного синтеза подошли 11.

Анонимное обсервационное исследование провели N. Phelan и соавт. (2021). Всего в опросе участвовала 1031 женщина в возрасте 15–54 лет. Показано, что значительная часть женщин столкнулась с нарушением репродуктивного здоровья в результате пандемии COVID-19: 441 (46%) респондент указал на общие изменения менструального цикла во время пандемии COVID-19, 483 (53%) сообщили об ухудшении предменструальных симптомов (ПМС), 255 (29%) отметили сокращение продолжительности цикла (среднее сокращение – три дня (2–6)), 28% рассказали о более длительном цикле со средним увеличением на три дня (2–6). Медиана количества дней кровотечения составила 5 (4–6) и не изменилась по сравнению с периодом до пандемии ( $p = 0,3$ ). 158 (17%) женщин не имели месячных во время пандемии. Этот показатель на 27 (4%) превысил показатель до пандемии ( $p = 0,0003$ ). 72 (9%) респондента сообщили о новых пропусках менструаций, из которых 56 (7%) были

единичными, а 16 (2%) – частыми. Среднее количество пропущенных периодов – 2 (1–3). 447 (47%) женщин указали на обильные менструации, что на 27/5% больше, чем до пандемии ( $p = 0,003$ ). 469 (49%) сообщили о болезненных менструациях, что на 53 (7%) больше, чем до пандемии ( $p < 0,0001$ ). 173 (30%) рассказали о новых болезненных менструациях, 467 (45%) – о снижении либидо.

Респонденты также указали на значительное увеличение частоты симптомов психического характера. 868 (84%) женщин сообщили о наличии хотя бы одного симптома: плохое настроение отмечали 519 (50%) женщин ( $p < 0,0001$ ), тревогу – 514 (50%) ( $p < 0,0001$ ), плохой сон – 509 (49%) ( $p < 0,0001$ ), сильный стресс – 373 (36%) ( $p < 0,0001$ ), переживание – 373 (36%) ( $p < 0,0001$ ), плохую концентрацию – 373 (36%) ( $p < 0,0001$ ), одиночество – 373 (36%) ( $p < 0,0001$ ), плохой аппетит – 373 (36%) ( $p < 0,0001$ ), избыточное употребление алкоголя – 373 (36%) ( $p < 0,0001$ ).

Женщины, которые сообщали об одном или нескольких эпизодах плохого настроения, беспокойства или сильного стресса, значительно чаще сообщали об общем изменении менструального цикла с начала пандемии (50 против 34%;  $p < 0,0001$ ), болезненных менструациях (54 против 36%;  $p < 0,0001$ ), ухудшении предменструальных симптомов (62 против 32%;  $p < 0,0001$ ), а также снижении либидо (51 против 31%;  $p < 0,0001$ ). 18% женщин, которые испытывали плохое настроение, тревогу и/или значительный стресс, указали на отсутствие менструаций с начала пандемии [5].

I. Todić и S. Mihajlović (2022) обратили внимание прежде всего на регулярность цикла у молодых девушек в период пандемии, а также на внешние факторы, способные эту регулярность нарушить. В исследовании участвовали 169 респондентов. Критерием включения в исследование служил возраст от 15 до 25 лет. Участники заполняли анкету об особенностях менструального цикла и некоторых привычках повседневной жизни в период с декабря 2019 г. по октябрь 2020 г. Согласно результатам, в течение наблюдаемого периода отсутствовала статистически значимая разница в показателях регулярности и средней продолжительности менструального цикла у обследованных девушек. Однако анализ данных продемонстрировал несколько более высокую частоту нерегулярных циклов в начале пандемии, а также в августе 2020 г. [6].

**Функциональная гипоталамическая аменорея – недооцененная проблема пандемии COVID-19**

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГГН) ось играет центральную роль в реакции организма на стресс. Воздействие физических, социальных и экологических факторов вызывает секрецию различных гормонов и нарушение регуляции ее активности посредством нескольких механизмов, в частности:

1) ингибирование гипоталамического высвобождения гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) с помощью кортикотропин-рилизинг-гормона, эндогенных опиоидов и глюкокортикоидов (ГК);

- 2) снижение реакции гипофиза на ГнРГ и, как следствие, уменьшение секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ);
- 3) прямое угнетающее действие ГК на секрецию половых гормонов;
- 4) ГКС-индуцированная резистентность к гонадным стероидам в тканях-мишенях;
- 5) прямое катехоламинергическое ингибирование секреции фолликулостимулирующего гормона, ЛГ и пролактина [7–9].

В одной из работ 2021 г. [10] обратили внимание на проблему функциональной гипоталамической аменореи. Недавняя ситуация с пандемией негативно сказалась на физическом и психическом здоровье подростков. В то же время общая тенденция к набору веса из-за снижения повседневной деятельности прослеживается во всем мире. Можно наблюдать рост случаев функциональной гипоталамической аменореи у девочек-подростков, которая, наоборот, связана с потерей веса, стрессом и перенапряжением в ответ на фобию увеличения веса. Склонность к чрезмерным физическим нагрузкам, сокращению употребления калорий вызывает интенсивную потерю массы тела [10].

Психологическое состояние усугубляется на фоне отсутствия социальных связей, повышенной тревожности, чрезмерного пользования социальными сетями. Особенно уязвимы те, кто склонен к нервной анорексии. Проблема особенно обострилась во время пандемии коронавирусной инфекции. Большинство молодых девушек не осознают, что функциональная гипоталамическая аменорея имеет серьезные краткосрочные и долгосрочные гормональные, метаболические, нервно-психические последствия, включая бесплодие, остеопороз, повышенный риск сердечно-сосудистых и психических заболеваний [11–13].

В исследовании E. Vyver и соавт. (2022) в первый год пандемии по сравнению с предыдущими шестью годами отмечалось увеличение частоты госпитализаций по поводу нервной анорексии у детей на 63 и 132% в больницах SickKids ( $p < 0,001$ ) и АСН ( $p < 0,001$ ) соответственно [14].

H. Ünver и соавт. (2020) описали три клинических случая девочек-подростков. Симптомы нервной анорексии у них появились внезапно в апреле 2020 г., когда из-за пандемии COVID-19 был введен комендантский час. Ни у одной из пациенток не было предшествующего психиатрического анамнеза. Все три обследуемые имели значительную потерю массы тела за короткий срок, а также аменорею [15].

#### Предменструальный синдром

На связь между предменструальными симптомами и симптомами посттравматического стресса при COVID-19 указали T. Takeda и соавт. в исследовании 2021 г. [16]. Поскольку психосоциальный стресс является фактором риска предменструальных симптомов, целью исследования стала оценка связи между предменструальными симптомами и стрессом,

вызванным COVID-19. Были проанализированы данные 871 ученицы с регулярным менструальным циклом. Участницы исследования заполняли опросник предменструальных симптомов, шкалу страха перед COVID-19 и пересмотренную версию шкалы влияния событий.

В середине декабря 2020 г. был проведен школьный опрос с выборкой из 1351 японской ученицы из двух государственных старших классов средней школы в Сендае, крупнейшем городе на северо-востоке Японии. Всего анкету заполнила 1141 студентка, 945 студенток имели регулярный менструальный цикл (25–38 дней).

Исследователи выявили связь между посттравматическим синдромом, обусловленным пандемией, и тяжестью предменструальных симптомов, в частности наличие боли во время и до менструации. В период пандемии наблюдались значительное увеличение случаев предменструального синдрома и усугубление имевшихся симптомов дисменореи [16].

Предменструальный синдром представляет собой совокупность различных поведенческих и физических симптомов, характерных для поздней лютеиновой фазы менструального цикла. Хотя точная патофизиология ПМС остается неизвестной, были названы возможные причины, включая гормональные колебания, серотонинергическую дисфункцию, дисфункцию гамма-аминомасляной кислоты, стрессовые жизненные события и неправильный образ жизни. Подростковый возраст – переходный период от детства к взрослой жизни. Этот период особенно уязвим для девочек-подростков, которые чаще страдают от посттравматического стрессового расстройства [17–19].

#### Влияет ли SARS-CoV-2 на яичники и овариальный резерв?

Геном SARS-CoV-2 кодирует четыре структурных белка. Наиболее важный из них – белок шипа (S) использует ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2) в качестве клеточного рецептора для облегчения проникновения вируса в клетку-хозяина и слияния с клеточной мембраной [20, 21]. Недавние исследования показали, что проникновение SARS-CoV-2 в клетки также зависит от трансмембранной сериновой протеазы II типа (TMPRSS2) [22, 23].

Серия биоинформационных анализов и экспериментальных подтверждений продемонстрировала, что ACE2 и TMPRSS2 экспрессируются в желудочно-кишечном тракте, сердце, легких и почках [24–27].

По данным X.-W. Bian и соавт. (2020), РНК SARS-CoV-2 и вирусные частицы обнаруживаются во многих органах и тканях, включая яички и яичники. Это указывает на то, что SARS-CoV-2 может достигать репродуктивных органов. Яичник является ядром женской репродуктивной системы, и его повреждение способно привести к бесплодию [28].

M. Wu и соавт. (2021) изучили профили экспрессии мРНК ACE2 и TMPRSS2 в яичниках человека. Они также проанализировали коэкспрессию ACE2

и TMPRSS2 в срезах яичников женщин разного возраста (от половой зрелости до менопаузы). Примерно 80% клеток яичников были положительными по ACE2 и TMPRSS2. Кроме того, не наблюдалось изменений в экспрессии ACE2 и TMPRSS2 в яичниках женщин разного возраста [29].

Инфекция SARS-CoV-2 может влиять на функцию яичников за счет прямого связывания с рецептором ACE2 или TMPRSS2 либо косвенно через цитокиновый шторм.

M. Saadedine и соавт. (2022) сообщили, что инфекция COVID-19, вызывая цитокиновый шторм, изменяет ГГН-ось на всех уровнях, увеличивая уровень кортиколиберина, аденокортикотропного гормона и ГК. Кортикотропин-рилизинг-гормон и ГК особенно вовлечены в подавление оси «гипоталамус – гипофиз – надпочечники» на разных уровнях, что приводит к общему снижению амплитуды или частоты импульсов ЛГ и ановуляторным циклам и менструальным нарушениям. Предполагается, что подобные эффекты ослабевают, когда цитокиновый шторм разрешается и промежуточные и конечные продукты оси ГГН (ГК) возвращаются к физиологическим концентрациям. Сильное менструальное кровотечение после заражения COVID-19 также можно объяснить цитокиновым штормом, изменяющим лейкоцитарную среду эндометрия. Повышенные уровни цитокинов, особенно интерлейкина 1, действуют на разных уровнях ГГН-оси, активируя гипоталамус, гипофиз и надпочечники для увеличения продукции ГК. ГК, модулируемые прогестероном и эстрогеном, ингибируют секрецию ГнРГ гипоталамусом, изменяя секрецию ЛГ гипофизом, тем самым задерживая или ингибируя овуляцию и приводя к кратковременным нарушениям менструального цикла [30].

## Обсуждение

Прямая вирусная атака, чрезмерная иммунная или воспалительная реакция и дисфункция ГГН-оси могут способствовать нарушению функции яичников, а также нарушению менструального цикла. Однако исследований среди пациентов в возрасте до 18 лет недостаточно. Напротив, исследования взрослых женщин репродуктивного возраста показывают, что изменения менструального цикла под влиянием коронавирусной инфекции (COVID-19) в клинической практике встречаются часто.

Девочки-подростки подвержены колебанию гормонального фона сильнее, чем взрослые женщины. Нарушения менструального цикла у них не редкость. В структуре общей гинекологической патологии аномальное маточное кровотечение пубертатного периода занимает одно из лидирующих мест – около 50% [31]. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода (АМКПП) относят к разряду дисфункциональных маточных кровотечений. АМКПП – многофакторное заболевание, обусловленное комплексом причин, в том числе гиповитаминозом, нарушением витаминного и минерального баланса, эмоциональными и физическими перегрузками, нарушением

биоритмов, а также бактериальной или вирусной инфекцией [32]. Пандемия COVID-19 – фактор, потенциально способствующий АМКПП.

В обзорном исследовании T. Ding и соавт. (2021) проанализировали состояние менструального цикла у женщин репродуктивного возраста, инфицированных COVID-19, и сравнили маркеры овариального резерва и профили половых гормонов у пациенток с COVID-19 со здоровыми женщинами того же возраста. В исследовании участвовали 78 пациенток с COVID-19 репродуктивного возраста и моложе 50 лет. Результаты показали, что, хотя явных изменений менструального цикла не наблюдалось, женщины с COVID-19 имеют значительно более низкий уровень антимюллера гормона (АМГ) в сыворотке крови и более высокий уровень тестостерона и пролактина. Результаты показали потенциальное снижение овариального резерва и репродуктивного потенциала за короткий период [33].

I.C. Madendag и соавт. (2022) также изучали менструальный цикл и овариальный резерв до и после COVID-19. 132 женщины в возрасте 18–40 лет были проверены на репродуктивную функцию в ранней фолликулярной фазе на основании больничных данных за период с января 2019 г. по июнь 2021 г. Уровни сывороточных ФСГ, ЛГ, эстрадиола, соотношение ФСГ к ЛГ и концентрация АМГ измерялись у каждой пациентки как до, так и после COVID-19. Средний возраст испытуемых составил 28 лет, а средний индекс массы тела – 23,6 кг/м<sup>2</sup>. У троих из них имело место тяжелое течение COVID-19, 112 получали противовирусное лечение от COVID-19. Исходя из полученных результатов, авторы предположили, что вирус SARS-CoV-2 не влияет на овариальный резерв [34].

Ретроспективное исследование K. Li и соавт. (2020) показало, что средние концентрации половых гормонов и овариальный резерв у женщин детородного возраста (18–45 лет) с COVID-19 (среди 237 пациенток около 80% имели положительный результат на РНК SARS-CoV-2, остальные 20% пациенток были положительными на вирус-специфические антитела) существенно не изменились. Фактически у одной пятой части пациенток наблюдалось уменьшение менструального объема или удлинение цикла. Менструальные изменения у таких пациенток могут быть следствием транзиторных изменений половых гормонов, вызванных угнетением функции яичников на фоне стресса и перенесенного заболевания. Последующее наблюдение показало, что 84% вернулись к нормальному менструальному объему, а 99% – к нормальному циклу в течение одного-двух месяцев после выписки. Это позволяет предположить, что изменения менструального цикла, вызванные COVID-19, скорее всего были временными [35].

Ученые описали редкий случай аменореи как осложнения после COVID-19 у 27-летней женщины [36]. Восемью месяцами ранее пациентке диагностировали COVID-19, и с тех пор у нее было пропущено восемь менструальных циклов.

У пациентки поднялась температура на второй день менструального цикла, и в тот же день цикл прервался. Признаки метrorрагии отсутствовали. Отмечалась субфебрильная температура 37,5–37,8 °С в течение двух-трех дней. Имели место также миалгия, усталость, потливость, потеря аппетита и легкое нарушение сна.

Результаты гормонального обследования: ФСГ – 57,7 мМЕ/мл (менопаузальный диапазон – 26,7–133,4), ЛГ – 26,21 мМЕ/мл (менопаузальный диапазон – 5,16–61,1), прогестерон – 0,4 нг/мл (0,1–0,3 в фолликулярной фазе и 1,2–15,9 в лютеиновой фазе), эстрадиол – 10 пг/мл (менопаузальный уровень < 28 пг/мл), АМГ – 0,01 нг/мл (менопаузальный уровень < 0,2 нг/мл). Уровни тиреотропного гормона, свободного тироксина, свободного трийодтиронина и пролактина были в пределах нормы. Ферменты печени и функция почек также в пределах нормы. Больную направили к гинекологу для последующей эстроген-прогестероновой терапии. Через

месяц она сообщила о восстановлении менструального цикла [36].

### Заключение

Пандемия коронавирусной инфекции усугубила проблему ПМС, дисменореи, нерегулярности менструального цикла, а также гипоталамической функциональной аменореи среди девочек подросткового возраста. Недостаточно данных о влиянии COVID-19 на женскую репродуктивную систему и изменениях в менструальном цикле среди различных возрастных групп: дети до 18 лет, женщины репродуктивного возраста от 18 лет и до менопаузы, женщины в менопаузе. Большая часть исследовательских работ направлена на диагностику и мониторинг взрослых женщин репродуктивного возраста. Необходимы дальнейшие клинические и фундаментальные исследования для мониторинга долгосрочного воздействия SARS-CoV-2 на репродуктивную систему у представительниц всех возрастных групп. ❧

### Литература

1. Chung M.K., Zidar D.A., Bristow M.R., et al. COVID-19 and cardiovascular disease. *Circ. Res.* 2021; 128 (8): 1214–1236.
2. Aggarwal S., Garcia-Telles N., Aggarwal G., et al. Clinical features, laboratory characteristics, and outcomes of patients hospitalized with coronavirus disease 2019 (COVID-19): early report from the United States. *Diagnosis (Berl)*. 2020; 7 (2): 91–96.
3. Poudel P. Pattern of menstruation and its problem among adolescent girls: a school based cross-sectional study. *Int. J. Contemp. Pediatr.* 2022; 9 (7): 635.
4. Deligeoroglou E., Karountzos V., Tsimaris P., Deligeoroglou E. Endometriosis in adolescence: challenges and opportunities for managing future infertility. *Int. J. Gynecol. Clin. Pract.* 2018; 5 (1).
5. Phelan N., Behan L.A., Owens L. The impact of the COVID-19 pandemic on women's reproductive health. *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2021; 12: 642755.
6. Todić I., Mihajlović S. Impact of SARS-CoV-2 pandemic on menstrual cycle in young women. *Medicinski Podmladak*. 2022; 73 (2): 47–53.
7. Young E.A., Korszun A. The hypothalamic–pituitary–gonadal axis in mood disorders. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 2002; 31 (1): 63–78.
8. Nicoletti I., Filippini P., Sfrappini M., et al. Catecholamines and pituitary function. *Horm. Res.* 1984; 19 (3): 158–170.
9. Schenker J.G., Meirou D., Schenker E. Stress and human reproduction. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1992; 45 (1): 1–8.
10. Functional hypothalamic amenorrhoea in adolescent girls as a result of stress-related conditions in COVID-19 pandemic situation. *Gynecology and Women's Health Care*. 2021 // doi.org/10.47485/2766-5879.1016.
11. Samarasinghe S., Avari P., Muralidhara K. Diagnosis and management of functional hypothalamic amenorrhoea – a case report. *Endocrine Abstracts*. 2018 // doi.org/10.1530/endoabs.55.wf2.
12. Hornberger L.L., Lane M.A. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2020; 147 (1).
13. Gordon C.M., Ackerman K.E., Berga S.L., et al. Functional hypothalamic amenorrhea: an endocrine society clinical practice guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2017; 102 (5): 1413–1439.
14. Vyver E., Han A.X., Dimitropoulos G., et al. The COVID-19 pandemic and canadian pediatric tertiary care hospitalizations for anorexia nervosa. *J. Adolesc. Health*. 2022; S1054–139X(22)00541-9.
15. Ünver H., Rodopman Arman A., Erdoğan A.B., İlbasım Ç. COVID-19 pandemic-onset anorexia nervosa: three adolescent cases. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2022; 74 (12): 663–664.
16. Takeda T., Kai S., Yoshimi K. Association between premenstrual symptoms and posttraumatic stress symptoms by COVID-19: a cross-sectional study with Japanese high school students. *Tohoku J. Exp. Med.* 2021; 255 (1): 71–77.
17. Bixo M., Ekberg K., Poromaa I.S., et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABA A receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010) – a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 80: 46–55.
18. Hantsoo L., Epperson C.N. Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle. *Neurobiol. Stress*. 2020; 12: 100213.
19. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346 (2): 108–114.
20. Li W., Moore M.J., Vasilieva N., et al. Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. *Nature*. 2003; 426 (6965): 450–454.



21. Hoffmann M., Kleine-Weber H., Schroeder S., et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*. 2020; 181 (2): 271–280.e8.
22. Matsuyama S., Nao N., Shirato K., et al. Enhanced isolation of SARS-CoV-2 by TMPRSS2-expressing cells. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2020; 117 (13): 7001–7003.
23. Zang R., Gomez Castro M.F., McCune B.T., et al. TMPRSS2 and TMPRSS4 promote SARS-CoV-2 infection of human small intestinal enterocytes. *Sci. Immunol.* 2020; 5 (47): eabc3582.
24. Harmer D., Gilbert M., Borman R., Clark K.L. Quantitative mRNA expression profiling of ACE 2, a novel homologue of angiotensin converting enzyme. *FEBS Lett.* 2002; 532 (1–2): 107–110.
25. Hamming I., Timens W., Bulthuis M., et al. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J. Pathol.* 2004; 203 (2): 631–637.
26. Gheblawi M., Wang K., Viveiros A., et al. Response by Gheblawi et al. to letter regarding article, «angiotensin-converting enzyme 2: SARS-CoV-2 receptor and regulator of the renin-angiotensin system: Celebrating the 20<sup>th</sup> anniversary of the discovery of ACE2». *Circ. Res.* 2020; 127 (2): e46–e47.
27. Xu B., Kraemer M.U.G., Xu B., et al. Open access epidemiological data from the COVID-19 outbreak. *Lancet Infect. Dis.* 2020; 20 (5): 534.
28. Bian X.-W., Yao X.-H., Ping Y.-F., et al. Autopsy of COVID-19 patients in China. *Nat. Sci. Rev.* 2020; 7 (9): 1414–1418.
29. Wu M., Ma L., Xue L., et al. Co-expression of the SARS-CoV-2 entry molecules ACE2 and TMPRSS2 in human ovaries: identification of cell types and trends with age. *Genomics*. 2021; 113 (6): 3449–3460.
30. Saadedine M., El Sabeh M., Borahay M.A., Daoud G. The influence of COVID-19 infection-associated immune response on the female reproductive system. *Biol. Reprod.* 2022; ioac187.
31. Адамян Л.В., Петрайкина Е.Е., Сибирская Е.В. и др. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода у девочек-подростков: ведение, диагностика и лечение. *Проблемы репродукции*. 2019; 25 (3): 99.
32. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П. и др. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода – состояние гормонального фона. *Вопросы современной педиатрии*. 2014; 13 (4): 136.
33. Ding T., Wang T., Zhang J., et al. Analysis of ovarian injury associated with COVID-19 disease in reproductive-aged women in Wuhan, China: an observational study. *Front. Med. (Lausanne)*. 2021; 8: 635255.
34. Madendag I.C., Madendag Y., Ozdemir A.T. COVID-19 disease does not cause ovarian injury in women of reproductive age: an observational before-and-after COVID-19 study. *Reprod. Biomed. Online*. 2022; 45 (1): 153–158.
35. Li K., Chen G., Hou H., et al. Analysis of sex hormones and menstruation in COVID-19 women of child-bearing age. *Reprod. Biomed. Online*. 2021; 42 (1): 260–267.
36. Puca E., Puca E. Premature ovarian failure related to SARS-CoV-2 infection. *J. Med. Cases*. 2022; 13 (4): 155–158.

### Menstrual Irregularities in Adolescents Caused by the COVID-19 Pandemic. Literature Review

L.V. Adamyan, PhD, Prof., Academician of RAS<sup>1,2</sup>, Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,3</sup>, I.V. Karachentsova, PhD<sup>3,4</sup>, Yu.A. Kirillova<sup>3</sup>, M.A. Loshkareva<sup>5</sup>, A.V. Krasivskaya<sup>5</sup>

<sup>1</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

<sup>3</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>5</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

*The COVID-19 pandemic caused by the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) has caused more than 620 million diseases and 6.5 million deaths worldwide as of September 2022, according to World Health Organization (WHO). Today we know that, its effect on the respiratory and nervous systems. Vessels (endothelium), myocardium, kidneys, gastrointestinal tract and other organs are also affected. However, the impact of COVID-19 on the reproductive system and subsequent changes in the menstrual cycle insufficiently explored. The goal of the review is to study the impact of the coronavirus pandemic on the female reproductive system, in particular on the menstrual cycle of adolescent girls. The review includes clinical studies aimed at studying the impact of coronavirus infection (COVID-19) on reproductive function in adolescent girls. We searched for data in PubMed, Google Scholar and Cochrane Library search engines. Searching PubMed, Google Scholar, and Cochrane Library databases using keywords, 514 studies were found. Further, 42 articles were screened. During the selection, 30 articles were examined, selected by title and abstract of studies over the past few years. A full-text analysis of the selected studies was performed, as a result of which 11 studies were eligible for a qualitative synthesis.*

**Key words:** SARS-CoV-2, COVID-19, menstrual cycle, girls, teenagers

<sup>1</sup> Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области на базе гинекологического отделения Долгопрудненской центральной городской больницы

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.

<sup>5</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

# Аналитический обзор состояния репродуктивного здоровья девочек и девушек Московской области. Анализ работы

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 2, 3, 4</sup>, С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.<sup>1, 4</sup>, Е.Д. Бурханская<sup>1</sup>, Г.Н. Аббасова<sup>5</sup>, Л.Г. Папян<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Торубаров С.Ф., Бурханская Е.Д. и др. Аналитический обзор состояния репродуктивного здоровья девочек и девушек Московской области. Анализ работы. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 40–47.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-40-47

**Обоснование.** Заболеваемость девочек и девушек Московской области является приоритетным направлением для изучения в связи с устойчивым ростом различных гинекологических патологий, в том числе протекающих бессимптомно, что оказывает существенное влияние на здоровье юных пациенток.

**Цель** – выявить распространенность гинекологической патологии среди девочек и девушек Московской области.

**Материал и методы.** Проанализированы основные гинекологические заболевания среди пациенток в возрасте от нуля до 17 лет на основании результатов профилактических осмотров и данных обращений в амбулаторное звено к детскому гинекологу за 2021 г.

**Результаты.** Последние аналитические данные о распространенности гинекологической заболеваемости девочек и девушек Московской области показали, что у детей в возрасте 0–4 года и 5–9 лет преобладают воспалительные заболевания вульвы и влагалища (вульвит) и сращения малых половых губ. У пациенток 10–14 лет гинекологическая патология представлена различными нарушениями менструального цикла, дисменореей, воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища (вульвит), невоспалительными болезнями яичников (фолликулярными кистами и кистами желтого тела яичника), а также болезнями молочных желез. У девочек 15–17 лет преобладающей гинекологической патологией являются воспалительные заболевания вульвы и влагалища, расстройства менструального цикла, невоспалительные заболевания яичников (фолликулярные кисты, кисты желтого тела яичника), маточных труб и широкой связки, болезни молочных желез. Кроме того, нередко случаи выявления инфекций, передаваемых половым путем.

**Заключение.** Можно говорить об общности тенденций распространения гинекологической заболеваемости у девочек и девушек в Московской области и на всей территории РФ. Следуя приказу Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“», можно добиться снижения гинекологической заболеваемости среди девочек и девушек Московской области за счет усовершенствования специализированной гинекологической помощи.

**Ключевые слова:** болезнь, детская гинекология, дети, подростки, гинекологические заболевания

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия по всем пунктам, относящимся к репродуктивной системе, на всех стадиях жизни [1]. Охрана детства – приоритетное направление в развитии, поскольку период детства является определяющим в становлении физического, психического и социального здоровья в будущем. Как известно, дети наиболее чувствительны к окружающим факторам. В частности, наибольшее влияние на репродуктивное здоровье девочек оказывают образ жизни (50–55%), предрасположенность к наследственным заболеваниям (18–22%), экологическое состояние внешней среды (17–20%), дефекты медицинской помощи (8%) [2]. Для своевременного выявления патологии органов репродуктивной системы и оказания качественной медицинской помощи детям на всех этапах лечения на территории Московской области на базе Долгопрудненской центральной городской больницы был создан Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области на основании приказа Минздрава Московской области от 23 марта 2020 г. № 269 «Об организации центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области».

За два года существования центра в нем прошли обследование и получили высокотехнологичную медицинскую помощь свыше 2000 девочек.

## Результаты

Результаты профилактических осмотров девочек и девушек декретируемых возрастов за период 2021 г. представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в возрасте трех лет было осмотрено (из 34 376 подлежащих осмотру девочек) 27 396 (79,69%) пациенток. У 4967 пациенток выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Распределение осматриваемых девочек в возрасте трех лет по группам репродуктивного здоровья выглядит следующим образом: первая группа – 20 450, вторая – 4927, третья – 27, четвертая – 1, пятая группа – 2.

В возрасте шести лет (из 36 997 подлежащих осмотру) осмотр прошли 25 207 (68,13%) пациенток. У 3196 девочек выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Распределение по группам репродуктивного здоровья девочек в возрасте шести лет из числа осматриваемых (n = 25 207) выглядит так: первая группа – 21 141, вторая – 3483, третья – 30, четвертая – 0, пятая – 5.

Из 32 761 девочки в возрасте 14 лет, подлежащей профилактическому осмотру, была осмотрена

Таблица 1. Количество осматриваемых пациентов за 2021 г. в Московской области

Показатели	Возраст						Всего
	3 года	6 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	
Количество девочек, подлежащих профилактическому осмотру в соответствующем возрасте, абс.	34 376	36 997	32 761	33 235	29 112	28 619	195 190
Количество осматриваемых из числа подлежащих осмотру в соответствующем возрасте, абс.	27 396	25 207	26 331	25 385	23 765	23 760	151 844
Охват профилактическим осмотром, % от общего количества подлежащих осмотру	79,69	68,13	80,37	76,38	81,63	83,02	77,89
Количество выявленных больных с гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития, абс.	4967	3196	5695	5649	5206	4964	29 677
Количество девочек, отнесенных к первой группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	20 450	21 141	19 587	18 982	16 603	17 333	114 096
Количество девочек, отнесенных ко второй группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	4927	3483	5260	4841	4497	4410	27 418
Количество девочек, отнесенных к третьей группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	27	30	205	334	513	348	1457
Количество девочек, отнесенных к четвертой группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	1	0	0	1	0	0	2
Количество девочек, отнесенных к пятой группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	2	5	2	10	9	4	32
Охват профилактическим осмотром, % от общего количества подлежащих осмотру	79,69	68,13	80,37	76,38	81,63	83,02	77,79

\* Первая группа – практически здоровые девочки и девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы. Вторая группа – девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев), функциональными кистами яичников, доброкачественными болезнями молочных желез, травмой и острым воспалением внутренних половых органов в отсутствие осложнений основного заболевания. Третья группа – девочки с расстройствами менструаций в течение более 12 месяцев; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков, нарушением полового развития, пороками развития половых органов без нарушения оттока менструальной крови, хроническими, в том числе рецидивирующими, болезнями наружных и внутренних половых органов в отсутствие осложнений основного заболевания, а также при их сочетании с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации. Четвертая группа – девочки с нарушением полового развития, пороками развития половых органов, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови, расстройствами менструаций и хроническими болезнями наружных и внутренних половых органов в активной стадии, стадии нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии, возможными осложнениями основного заболевания, ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией с неполной компенсацией соответствующих функций. Пятая группа – девочки-инвалиды с сопутствующими нарушениями полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

Таблица 2. Обращаемость детского населения с различной гинекологической патологией Московской области за помощью к детским гинекологам

Заболевание	Возраст			
	0–4 года		5–9 лет	
	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость
Расстройства менструаций, всего, N91–N94, в том числе:	0	0	0	0
■ аменорея, N91.0; N91.1	0	0	0	0
■ олигоменорея, N91.3–4	0	0	0	0
■ обильные, частые и нерегулярные менструальные кровотечения, N92.2	0	0	0	0
Дисменорея, N94.4–6	0	0	0	0
Синдром предменструального напряжения, N94.3	0	0	0	0
Воспалительные болезни женских тазовых органов, всего, N70–74, в том числе	892	892	627	627
сальпингит и оофорит N70	0	0	0	0
Воспалительные заболевания вульвы и влагалища, всего, N75–77, в том числе	12 126	10 056	10 565	9561
вульвит N76.	11 521	9021	9548	8459
Эктропион шейки N86	0	0	0	0
Эндометриоз, всего, N80, в том числе:	0	0	0	0
■ эндометриоз матки, включая аденомиоз, N80.0	0	0	0	0
■ эндометриоз яичника, N80.1	0	0	0	0
■ эндометриоз тазовой брюшины, N80.3	0	0	0	0
Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки, всего, N83.0–9, в том числе	24	18	32	14
киста фолликулярная или желтого тела или параовариальная, N83.0–2	24	18	32	14
Невоспалительные болезни вульвы и влагалища, всего, N89–N90, в том числе:	4856	3651	2156	1002
■ склерозирующий лихен, N76.8	6	4	15	9
■ сращения вульвы (малых половых губ), N90.8	3895	3752	1564	1315
Лейомиома матки, D25	0	0	0	0
Доброкачественная опухоль яичника, D27	0	0	0	0
СПКЯ, E28.2	0	0	0	0
Задержка полового развития, E23.0–1, E26.6, E28.3, E30.0, E45, E89.3–4	0	0	0	0
Синдром Тернера, Q96	0	0	0	0
Преждевременное половое развитие, E22.8, E25, E27.0, E30.1, Q78.1, в том числе	15	13	21	17
преждевременное телархе, E30.8	12	9	17	14
Болезни молочной железы, N60–N64, всего, в том числе	2	2	16	16
фиброаденома(ы), N63	0	0	0	0
Врожденные аномалии (пороки) женских половых органов (матки и влагалища), Q50–Q56	3	0	8	5
Неопределенность пола и псевдогермафродитизм, Q56	0	0	0	0
Травмы половых органов, S30.2, S31.4, S31.5	186	186	150	150
Беременность, роды и послеродовый период, O00–O99	0	0	0	0
Злокачественные новообразования, C00–C96, впервые выявленные, в том числе:	0	0	0	0
■ молочной железы, C50	0	0	0	0
■ вульвы и влагалища, C51 + C52	0	0	0	0
■ шейки матки, C53	0	0	0	0
■ тела матки, C54 + C55	0	0	0	0
■ яичника, C56	0	0	0	0
Прочие (указать каждое с кодом МКБ-10)	0	0	28	26
Инфекции, передаваемые половым путем, всего, в том числе:	0	0	0	0
■ сифилис, A51, A51.3, N74.2	0	0	0	0
■ гонорея, A54.0–2, N74.3	0	0	0	0
■ хламидиоз, A56.0–2, N74.4	0	0	0	0
■ трихомониаз, A59.0	0	0	0	0
■ аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, A60.0–1	0	0	0	0
■ аногенитальные бородавки, A63.0–1	0	0	0	0
Всего заболеваний	18 104	14 818	13 603	11 418

Примечание. СПКЯ – синдром поликистозных яичников. МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

10–14 лет		15–17 лет		Итого	
всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость
4703	3833	4794	4260	17 590	11 120
258	195	494	395	752	590
2425	1794	2149	1869	4219	3663
2156	1844	2111	1963	4267	3807
3564	2645	3187	1958	6751	4603
845	554	1089	598	1934	1152
141	59	465	166	2125	1744
145	57	523	196	668	253
3658	2989	5698	4851	32047	27 457
3079	2314	5012	4325	29 160	24 119
0	0	224	193	224	193
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
672	381	726	433	1454	846
672	381	726	433	1454	846
105	29	189	111	7306	4793
29	20	34	30	84	63
5	3	0	0	5464	5070
0	0	0	0	0	0
68	49	51	32	119	81
0	0	355	298	355	298
83	55	79	56	162	111
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	36	30
0	0	0	0	29	23
595	466	721	433	1334	917
35	18	35	20	70	38
21	15	3	2	35	22
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	336	336
0	0	95	76	95	76
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	2	2	2	2
7	0	0	0	35	26
0	0	414	338	414	338
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	24	22	24	22
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	18	16	18	16
10 189	7879	13 774	11 216	55 670	45 331

26 331 (80,37%). У 5695 пациенток выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Из числа осмотренных ( $n = 26\ 331$ ) девочек в возрасте 14 лет к первой группе репродуктивного здоровья были отнесены 19 587, второй – 5260, третьей – 205, четвертой – 0, пятой – 2.

Количество осмотренных пациенток в возрасте 15 лет (из 33 235 подлежащих осмотру девочек) составило 25 385 (76,38%). Гинекологические заболевания или нарушения полового развития установлены у 5649 пациенток. Распределение девочек в возрасте 15 лет из числа осмотренных ( $n = 25\ 385$ ) по группам репродуктивного здоровья такое: первая группа – 18 982, вторая – 4841, третья – 334, четвертая – 1, пятая группа – 10.

Из 29 112 девочек в возрасте 16 лет, подлежащих профилактическому осмотру, осмотр прошли 23 765 (81,63%). У 5206 пациенток выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Распределение девочек в возрасте 16 лет из числа осмотренных ( $n = 23\ 765$ ) по группам репродуктивного здоровья следующее: первая группа – 16 603, вторая – 4497, третья – 513, четвертая – 0, пятая группа – 9.

Из 28 619 девочек в возрасте 17 лет, подлежащих профилактическому осмотру, были осмотрены 23 760 (83,02%). У 4964 пациенток обнаружены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Из числа осмотренных ( $n = 23\ 760$ ) девочек в возрасте 17 лет к первой группе репродуктивного здоровья отнесены 17 333, второй – 4410, третьей – 348, четвертой – 0, пятой группе – 4.

На основании представленных данных проведенных профилактических осмотров гинекологические заболевания или нарушения полового развития зарегистрированы у 23,9% девочек в возрасте трех лет, 20,9% девочек в возрасте шести лет, 18,3% девочек в возрасте 14 лет, 14,8% девочек в возрасте 15 лет, 12,1% девочек в возрасте 16 лет и 10,1% девочек в возрасте 17 лет. Всего выявляемость гинекологических заболеваний у девочек, прошедших профилактический осмотр, составила 40,65%.

Обращаемость детского населения с различной гинекологической патологией Московской области за помощью к детским гинекологам представлена в табл. 2. Согласно данным табл. 2, общая заболеваемость расстройством менструального цикла составляет 17 590 случаев, из них первичная заболеваемость диагностирована в 11 120 случаях. Первичное расстройство менструаций в возрастной группе 15–17 лет выявлено у 4260 пациенток, что превышает количество первично установленных диагнозов в возрастной группе 10–14 лет ( $n = 3833$ ). Наиболее распространенными патологиями среди нарушений менструальных циклов являются дисменорея, аномальное маточное кровотечение пубертатного периода, менометроррагия. В возрастной группе 10–14 лет дисменорея зафиксирована у 3564 пациенток, первичный диагноз установлен у 2645. Среди подростков старше 14 лет общая заболеваемость дисменореей составила 3178 случаев, первичный диагноз установлен у 1958 пациенток. В ре-

зультате общая заболеваемость дисменореей в возрастной группе 10–17 лет составила 6751 случай, а количество первично установленных диагнозов – 4603. Обильные, частые и нерегулярные менструальные кровотечения (аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП)) у пациенток до 14 лет выявлены в 2156 случаях, первичная заболеваемость – в 1844. У девушек 15–17 лет общая заболеваемость по данной патологии составила 2111 случаев, первичный диагноз установлен в 1963 случаях. Таким образом, общий диагноз АМК ПП установлен у 4267 девочек Московской области, первичная заболеваемость – у 3807 пациенток. Олигоменорея первично выявлена у 1794 пациенток в возрасте 10–14 лет и 1869 пациенток 15–17 лет. Всего зарегистрировано 2425 и 2149 больных в возрасте 10–14 лет и 15–17 лет соответственно. Аменорея диагностирована у 752 пациенток в возрасте от 10 до 17 лет, первичный диагноз установлен в 590 случаях. Чаще всего заболевание обнаруживалось у девушек 15–17 лет: общая заболеваемость – 494 человека, с первичным диагнозом зарегистрировано 395 пациенток. Наряду с этим у 3086 девочек и девушек в возрасте 10–17 лет имел место синдром предменструального напряжения. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у детей 0–4 года и 5–9 лет выявлены с общим диагнозом в 12 126 и 10 565 случаях соответственно. Первичный диагноз выставлен 10 056 детям в возрасте 0–4 года и 9561 девочке в возрасте 5–9 лет. У девушек 10–14 лет общая заболеваемость составила 3658 случаев, первичная – 2989. Количество больных в возрастной группе 15–17 лет с общим диагнозом воспалительных заболеваний вульвы и влагалища составило 5698, первичный диагноз выставлен 4851 девушке. Вулвит зарегистрирован у 20 542 пациенток в возрасте 0–4 года, 18 007 детей в возрасте 5–7 лет, 5393 и 9337 пациенток в возрасте 10–14 и 15–17 лет соответственно. Невоспалительные болезни яичников чаще диагностируются в возрасте от 10 до 17 лет. Как видно из табл. 2, девочки до девяти лет наиболее подвержены различным травмам половых органов. Склерозирующий лихен обнаружен у 63 пациенток первично и 84 в общем. Сращения вульвы чаще отмечались у детей в возрасте 0–4 лет: общая заболеваемость – 3895 случаев, первично диагноз установлен в 3752 случаях. Наряду с этим общая заболеваемость по данной патологии в возрастной группе 5–9 лет составила 1564 случая, первичных – 1315. Доброкачественные опухоли яичника (D27.0) диагностированы у 117 пациенток в возрасте 10–14 лет и 83 пациенток в возрасте 15–17 лет. Синдром поликистозных яичников зафиксирован у 653 девушек. У 138 пациенток в возрасте 10–14 лет и 135 девушек старше 15 лет отмечалась задержка полового развития. Преждевременное половое развитие и телархе диагностированы у 118 девочек в возрасте 0–9 лет. Общая заболеваемость девочек с патологией молочных желез составила 1334 случая. Заболевания молочных желез и половые инфекции выявлены лишь у 752 пациенток в возрасте 15–17 лет.

## Выводы

Среди нозологий, обнаруженных у девочек возрастной категории 0–4 года и 5–9 лет, преобладают воспалительные заболевания вульвы и влагалища (вульвит) и сращения малых половых губ. У пациенток возрастной группы 10–14 лет гинекологическая патология представлена различными нарушениями менструального цикла, дисменореей, воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища (вульвит), а также (по сравнению с предыдущими возрастными группами пациенток) значительно увеличивается количество невоспалительных болезней яичников (фолликулярных кист и кист желтого тела яичника) и болезней молочных желез. У девочек 15–17 лет доминируют воспалительные заболевания вульвы и влагалища, расстройства менструального цикла, невоспалительные заболевания яичников (фолликулярные кисты, кисты желтого тела яичника), маточных труб и широкой связки, болезни молочных желез. Кроме того, в данной возрастной категории имеют место случаи выявления инфекций, передаваемых половым путем.

Основой воспалительных заболеваний является инфекция половых органов, которая оказывает существенное влияние на репродуктивное здоровье девочек и девушек, вплоть до бесплодия [3–17]. В анамнезе у таких пациенток могут иметь место бесконтрольное употребление медикаментов, травмы половых органов и нарушение гормонального фона.

Специалисты Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области проводят терапию с учетом индивидуальных особенностей, физиологического состояния подростков и степени прогрессирования воспалительного заболевания. Нарушение баланса половых гормонов также может быть причиной кровотечений различной степени тяжести или кровяных выделений – аномальных маточных кровотечений [18, 19]. При лечении АМК ПП специалисты центра следуют клиническим рекомендациям по ведению АМК ПП, утвержденным Министерством здравоохранения России.

Нередко на профилактическом осмотре у детского гинеколога у девочек в возрасте до пяти лет выявляется сращение малых половых губ – синехия. Основная причина возникновения данного заболевания – снижение количества эстрогенов [20–25].

Частой причиной обращений девочек и девушек в возрасте 10–14 лет в амбулаторном звене являются болезненные менструации (дисменорея), влияющие не только на физическое, но и на психологическое состояние пациенток. В связи с этим данную патологию рассматривают не только как медицинскую, но и как социальную проблему [26–29]. Первичная дисменорея возникает в подростковом возрасте через 6–12 месяцев после менархе, с началом овуляции и проявляется болезненными менструациями в отсутствие других патологий [30–35].

Одним из распространенных вариантов расстройства менструального цикла у подростков считаются скудные, короткие и редкие менструации – олигомено-

рея. В отсутствие менструации после 15 лет при анатомически правильно развитых вторичных половых органах и пропадании менструаций у ранее менструировавших пациенток выявляют первичную и вторичную аменорею соответственно [36–40].

Своевременная диагностика, выполненная в рамках диспансеризации, считается основным методом снижения частоты осложнений нарушений менструальных циклов у подростков и положительно влияет на репродуктивную возможность девушек в будущем. Одна из активно прогрессирующих патологий – образования яичников и молочных желез [41–43].

## Заключение

Согласно данным распространенности гинекологической заболеваемости у девочек и девушек Российской Федерации, среди всех заболеваний репродуктивной системы преобладают воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов, а также нарушения менструального цикла, что согласуется с данными анализа распространенности гинекологической заболеваемости девочек и девушек Московской области [44].

Таким образом, наблюдается общность тенденций распространения гинекологической заболеваемости у девочек и девушек Московской области и РФ. Следуя приказу Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“», можно добиться снижения гинекологической заболеваемости среди девочек и девушек Московской области путем совершенствования специализированной гинекологической помощи.

Немаловажное значение для снижения количества пациенток с гинекологической патологией имеют мероприятия по половому воспитанию и просвещению школьниц, их родителей и педагогов в образовательных учреждениях. На всей территории Московской области должны осуществляться консолидация работы врачей всех специальностей, подготовка специалистов в области гинекологии подростков и дальнейшая реализация программы диспансеризации.

Отметим, что в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области исследования патологии органов малого таза и молочных желез проводятся круглосуточно. На базе центра ежедневно выполняются ультразвуковые исследования органов малого таза в амбулаторном и стационарном звене, в том числе на этапе поступления пациентов в центр. Совпадение данных, полученных при ультразвуковом исследовании гениталий девочек и девушек с невоспалительными образованиями яичников и патологией молочных желез, с заключительным диагнозом составляет около 95%. Это говорит о высокой эффективности методов ультразвукового скрининга в гинекологии детей и подростков. ❀

*Источник финансирования отсутствует.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.*

## Литература

1. WHO. Working defenetion: World Health Organization, 2002.
2. Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Макаров А.В. Риск-факторы, влияющие на репродуктивное здоровье молодежи. Вестник Тверского государственного университета. Серия: «Педагогика и психология». 2019; 2 (47): 66–72.
3. Curry A., Williams T., Penny M.L. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. *Am. Fam. Physician.* 2019; 100 (6): 357–364.
4. Witkin S.S., Minis E., Athanasiou A., et al. Chlamydia trachomatis: the persistent pathogen. *Clin. Vaccine Immunol.* 2017; 24 (10): e00203–e00217.
5. Freeman M.C., Lazzara A., Lennon T., et al. Gonococcal infection and ventriculoperitoneal shunts. *Sex. Transm. Dis.* 2022; 49 (12): 838–840.
6. Wiesenfeld H.C., Meyn L.A., Darville T., et al. A randomized controlled trial of ceftriaxone and doxycycline, with or without metronidazole, for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Clin. Infect. Dis.* 2021; 72 (7): 1181–1189.
7. Mitchell C.M., Anyalechi G.E., Cohen C.R., et al. Etiology and diagnosis of pelvic inflammatory disease: looking beyond gonorrhea and chlamydia. *J. Infect. Dis.* 2021; 224 (12 Suppl 2): S29–S35.
8. Ault K.A., Faro S. Pelvic inflammatory disease. Current diagnostic criteria and treatment guidelines. *Postgrad. Med.* 1993; 93 (2): 85–91.
9. Ravel J., Moreno I., Simón C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2021; 224 (3): 251–257.
10. Den Heijer C.D.J., Hoebe C.J.P.A., Driessen J.H.M., et al. Chlamydia trachomatis and the risk of pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy, and female infertility: a retrospective cohort study among primary care patients. *Clin. Infect. Dis.* 2019; 69 (9): 1517–1525.
11. Neo D.T., Samoff E., Cope A. Pelvic inflammatory disease trends among emergency department visits in North Carolina, 2008 to 2017. *Sex. Transm. Dis.* 2022; 49 (1): 43–49.
12. Kreisel K., Flagg E.W., Torrone E. Trends in pelvic inflammatory disease emergency department visits, United States, 2006–2013. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 218 (1): 117.e1–117.e10.
13. Brunham R.C., Gottlieb S.L., Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N. Engl. J. Med.* 2015; 372 (21): 2039–2048.
14. Duarte R., Fuhrich D., Ross J.D. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Int. J. Antimicrob. Agents.* 2015; 46 (3): 272–277.
15. Trent M. Status of adolescent pelvic inflammatory disease management in the United States. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2013; 25 (5): 350–356.
16. Bittleston H., Coombe J., Temple-Smith M., et al. Diagnosis of pelvic inflammatory disease and barriers to conducting pelvic examinations in Australian general practice: findings from an online survey. *Sex. Health.* 2021; 18 (2): 180–186.
17. Liu L., Yang G., Ren J., et al. Analysis of infertility factors caused by gynecological chronic pelvic inflammation disease based on multivariate regression analysis of logistic. *Scanning.* 2022; 2022: 7531190.
18. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунова И.Е. и др. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: диагностика и тактика лечения (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2016; 22 (6): 89–97.
19. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. Терапия маточных кровотечений пубертатного периода с точки зрения доказательной медицины. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2014; 5 (58): 17–21.
20. Gonzalez D., Anand S., Mendez M.D. Labial Adhesions. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
21. Bacon J.L., Romano M.E., Quint E.H. Clinical recommendation: labial adhesions. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2015; 28 (5): 405–409.
22. Rubinstein A., Rahman G., Rizzo P., Ocampo D. Labial adhesions: Experience in a children's hospital. *Fusión de labios menores vulvares. Experiencia en un hospital pediátrico.* *Arch. Argent Pediatr.* 2018; 116 (1): 65–68.
23. Barbosa Ardila S.D., Trisancho Baró A.I., Suescún Vargas J.M. Labial adhesions: review of the literature. *Arch. Argent Pediatr.* 2017; 115 (6): 597–601.
24. Samuels E., Ocheke A.N., Samuels N.E. Labial adhesion in children at the Jos University Teaching Hospital. *Afr. J. Paediatr. Surg.* 2016; 13 (1): 6–8.
25. Padilla Fernández B., Virseda Rodríguez Á.J., Lorenzo Gómez M.F., et al. Voiding syndrome of gynaecological origin: the importance of good physical examination. *Arch. Esp. Urol.* 2015; 68 (4): 443–447.
26. Геворгян А.П., Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Арсланян К.Н. Первичная дисменорея девочек-подростков как предиктор развития недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Проблемы репродукции.* 2017; 23 (3): 77–85.
27. De Sanctis V., Soliman A., Bernasconi S., et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr. Endocrinol. Rev.* 2015; 13 (2): 512–520.
28. Suvitie P. Dysmenorrhea in teenagers. *Duodecim.* 2017; 133 (3): 285–291.
29. Nooh A.M., Abdul-Hady A., El-Attar N. Nature and prevalence of menstrual disorders among teenage female students at Zagazig University, Zagazig, Egypt. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2016; 29 (2): 137–142.



30. ACOG Committee Opinion No. 760: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet. Gynecol.* 2018; 132 (6): e249–e258.
31. Nagy H., Khan M.A.B. Dysmenorrhea. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
32. Itani R., Soubra L., Karout S., et al. Primary dysmenorrhea: pathophysiology, diagnosis, and treatment updates. *Korean J. Fam. Med.* 2022; 43 (2): 101–108.
33. Durand H., Monahan K., McGuire B.E. Prevalence and impact of dysmenorrhea among university students in Ireland. *Pain Med.* 2021; 22 (12): 2835–2845.
34. Ferries-Rowe E., Corey E., Archer J.S. Primary dysmenorrhea: diagnosis and therapy. *Obstet. Gynecol.* 2020; 136 (5): 1047–1058.
35. Kho K.A., Shields J.K. Diagnosis and management of primary dysmenorrhea. *JAMA.* 2020; 323 (3): 268–269.
36. Соснова Е.А. Аменорея. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.* 2016; 3 (2): 60–75.
37. Klein D.A., Paradise S.L., Reeder R.M. Amenorrhea: a systematic approach to diagnosis and management. *Am. Fam. Physician.* 2019; 100 (1): 39–48.
38. Gasner A., Rehman A. Primary amenorrhea. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
39. Kerns J., Itriyeva K., Fisher M. Etiology and management of amenorrhea in adolescent and young adult women. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* 2022; 52 (5): 101184.
40. Pitts S., DiVasta A.D., Gordon C.M. Evaluation and management of amenorrhea. *JAMA.* 2021; 326 (19): 1962–1963.
41. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. и др. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2016; 22 (2): 73–77.
42. Сибирская Е.В., Шарков С.М., Шостенко А.В., Медведева А.О. Злокачественные новообразования яичников у детей и подростков. *Детская хирургия.* 2018; 22 (5): 258–262.
43. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А. Диагностика и лечение опухолей и опухолевидных образований придатков матки у девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2016; 2 (67): 18–19.
44. *Здравоохранение в России: статистический сборник (2021).* М.: Росстат, 2021.

### Analytical Review of the Status of Reproductive Health of Girls and Young Women in Moscow Region. Analysis of Work

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2,3,4</sup>, S.F. Torubarov, PhD, Prof.<sup>1,4</sup>, Ye.D. Burkhanskaya<sup>1</sup>, G.N. Abbasova<sup>5</sup>, L.G. Papyan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Center for Adolescent Reproductive Health of the Moscow Region

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>5</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

**Introduction.** The protection of the reproductive health of the younger generation is one of the most significant problems due to the steady growth of various gynecological diseases, including those that are asymptomatic, which has a significant impact on the reproductive potential of the young population.

**Purpose** to reveal the prevalence of gynecological pathologies among girls in the Moscow region.

**Material and methods.** We have analyzed the main gynecologic diseases among patients aged 0–17 years according to the results of preventive examinations and data of visits to the pediatric gynecologist in the outpatient clinic for the year 2021.

**Results.** Recent analytical data on the prevalence of gynecological morbidity of girls and young women in Moscow region showed that in children aged 0–4 years and 5–9 years, inflammatory diseases of the vulva and vagina (vulvitis) and labia minora adhesions predominate. In patients aged 10–14 years gynecological pathology is represented by various menstrual cycle disorders, dysmenorrhea, inflammatory diseases of the vulva and vagina (vulvitis), non-inflammatory ovarian diseases (follicular cysts and cysts of the yellow body of the ovary) and also mammary gland diseases. The predominant gynecological pathology in girls aged 15–17 is inflammatory diseases of the vulva and vagina, menstrual disorders, non-inflammatory ovarian diseases (follicular cysts, cysts of the corpus luteum), fallopian tubes and the vagina, breast diseases, and sexually transmitted infections are also frequent.

**Conclusion.** We can talk about the general trends in the prevalence of gynecological morbidity among girls and young women in Moscow region and in the whole territory of the Russian Federation. Following the order of the Russian Ministry of Health of 20.10.2020 № 1130n «On approval of the Order of medical care in the profile „obstetrics and gynecology“», we can achieve a reduction in gynecological morbidity among girls and young girls in the Moscow region by improving specialized gynecological care.

**Key words:** disease, pediatric gynecology, children, adolescents, gynecological diseases

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области на базе гинекологического отделения Долгопрудненской центральной городской больницы

<sup>4</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

# Репродуктивное здоровье девочек и девушек Москвы. Развитие специализированной помощи

И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>1, 2</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 2, 3, 4</sup>,  
М.Ю. Чернышева<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Ирина Васильевна Караченцова, 5053104@list.ru

Для цитирования: Караченцова И.В., Сибирская Е.В., Чернышева М.Ю. Репродуктивное здоровье девочек и девушек Москвы. Развитие специализированной помощи. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 48–52.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-48-52

*В связи с устойчивой тенденцией к росту частоты встречаемости различных гинекологических заболеваний одной из самых значимых задач современного общества является охрана репродуктивного здоровья девочек и девушек. Особого внимания заслуживают заболевания, протекающие бессимптомно или со стертой клинической картиной, но существенно влияющие на репродуктивный потенциал юного населения.*

**Цель исследования** – выявить распространенность гинекологических заболеваний среди женского населения раннего детского возраста, нейтрального, препубертатного и пубертатного периодов в Москве, а также выяснить способы снижения заболеваемости.

**Материал и методы.** Представлен анализ данных гинекологической заболеваемости девочек и девушек Москвы на основании годового отчета главного внештатного специалиста гинеколога детского и юношеского возраста Москвы за 2021 г. По данным отчета, в 2021 г. в ходе профилактических осмотров выявлена следующая гинекологическая патология (n = 82 517): задержка полового развития – 182 случая, преждевременное телархе – 779, нарушения ритма и характера менструаций – 11 748, другие эндокринные нарушения – 15, дисменорея – 5265, синдром предменструального напряжения – 353, воспалительные заболевания вульвы и влагалища – 18 796, кисты яичников – 2384, сращение вульвы (малых половых губ) – 6261, аногенитальные бородавки – 26, болезни молочной железы – 1136, врожденные аномалии (пороки развития) женских половых органов – 71, травмы половых органов – 233, инфекции, передаваемые половым путем, – 39, злокачественные новообразования, выявленные впервые, – 5, синдром Тернера – 21 случай.

**Результаты.** При анализе распространенности гинекологических заболеваний среди девушек и девочек Москвы за 2021 г. (n = 925 632) установлено, что наибольшую частоту встречаемости среди всех заболеваний репродуктивной системы (n = 82 517) имеют воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов – 18 796 (23%) случаев, а также нарушения менструального цикла – 11 748 (14%), в том числе дисменорея – 5265 (6%), и сращение вульвы (малых половых губ) – 6264 (8%) случая. Снижение заболеваемости гинекологическими заболеваниями среди девушек и девочек Москвы может быть достигнуто за счет проведения регулярных профилактических осмотров, информирования населения о важности подобных мероприятий, а также улучшения качества специализированной гинекологической помощи детскому населению.

**Заключение.** Проведение регулярных профилактических осмотров и просветительская деятельность среди подростков и родителей позволяют своевременно выявлять различные заболевания репродуктивной системы. Показатели гинекологической заболеваемости среди несовершеннолетних могут быть также значительно снижены за счет увеличения охвата населения медицинской помощью и повышения качества ее оказания.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье подростков, девочки-подростки, распространенность гинекологической заболеваемости, специализированная помощь



Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), под репродуктивным здоровьем подразумевают не столько отсутствие заболеваний репродуктивной системы и фертильность, сколько комплексное состояние полного физического, эмоционального, психического и социального благополучия в отношении репродуктивной системы [1]. На текущий момент репродуктивное здоровье населения находится в фокусе внимания государственной политики. В Российской Федерации реализуются два важнейших национальных проекта, касающихся репродуктивного здоровья населения, – «Здравоохранение» и «Демография». Ключевыми целями проекта «Здравоохранение» являются снижение смертности населения и младенческой смертности, ликвидация кадрового дефицита и оптимизация работы в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год, обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, сокращение времени ожидания в очереди, упрощение записи на прием к врачу и увеличение объема экспорта медицинских услуг. В частности, национальным проектом предусматривается увеличение до 80% к концу 2024 г. охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 15–17 лет: девочек – акушерами-гинекологами, мальчиков – детскими урологами-андрологами. В рамках национального проекта «Демография» рекомендовано создание условий для осуществления трудовой деятельности женщин, имеющих детей, формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, обеспечение устойчивого роста численности жителей Российской Федерации.

Подростковый возраст – переходный период в развитии человека, включающий в себя продолжительный период жизни (согласно рекомендациям ВОЗ, от 10 до 20 лет) и содержащий элементы биологического роста и основных переходов социальных ролей, которые претерпели значительные изменения за последние столетия [2, 3]. Именно в этот период компонент репродуктивного здоровья приобретает наибольшее значение. Некоторые исследователи отмечают акселерацию не только физического развития, но и темпов формирования личности, что обусловило более раннее вступление в половые связи. Установлено, что 40–60% девушек-подростков начинают половую жизнь до наступления совершеннолетия. По данным за 2016 г., средний возраст сексуального дебюта в Москве составил 16,8 года [4, 5]. Вследствие уменьшения возраста вступления в половые связи увеличивается количество медицинских аборт, случаев заражения венерическими заболеваниями и половыми инфекциями, что значительно снижает показатели репродуктивного здоровья населения. По нашим данным, в 2021 г. проведено 6106 консультаций по поводу выбора метода контрацепции, 129 (2,11%) – с девочками младше 14 лет. При этом использовали постоянную контрацепцию 105 (81%) девушек из возрастной группы до 14 лет и 5661 (95%) – из возрастной группы старше 14 лет. Следует отметить, что подростки, живущие половой жизнью, должны быть отнесены к группе риска не только по подростковой бере-

менности и заболеваниям, передаваемым половым путем, но и по развитию заболеваний репродуктивной системы. Так, частота эрозии шейки матки, хронического сальпингита и кольпита резко возрастает у девушек, которые живут половой жизнью [6].

Предотвращение незапланированных беременностей у девушек-подростков является основой сохранения их репродуктивного и психологического здоровья. По нашим данным, в Москве за 2021 г. в государственных медицинских учреждениях зафиксировано 223 случая беременности у несовершеннолетних, из которых 60 (27%) завершились аборт, из них 4 (6%) на поздних сроках беременности (22–27 недель). Беременность и аборты в юном возрасте негативно влияют на еще не сформировавшийся организм, на физическое и психическое благополучие девушек.

Пубертатный период – важный этап в развитии ребенка. Особое внимание уделяется именно здоровью детей и подростков, поскольку указанные категории населения наиболее чувствительны к неблагоприятному воздействию окружающей среды. Защита детей и подростков имеет ключевое значение в том числе для профилактики заболеваний в течение взрослого периода жизни, а также сохранения репродуктивного здоровья, что в свою очередь определяет трудовой и экономический потенциал развития страны и ее национальную безопасность [7]. При этом актуальность вопроса охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, а также профилактики, раннего выявления и эффективного лечения гинекологических заболеваний у данной возрастной группы резко возрастает, что обусловлено многочисленными факторами, негативно влияющими на репродуктивное здоровье девочек: образ жизни – 50–55%, экологическое состояние внешней среды – 17–20%, предрасположенность к наследственным заболеваниям – 18–22%. При этом дефекты медицинской помощи занимают 8% всего количества факторов [8].

При анализе распространенности гинекологических заболеваний среди девушек и девочек Москвы за 2021 г. (n = 925 632) установлено, что наибольшей частотой встречаемости среди всех заболеваний репродуктивной системы (n = 82 517) характеризуются воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов – 18 796 (23%) случаев, а также нарушения менструального цикла – 11 748 (14%), в том числе дисменорея – 5265 (6%), и сращение вульвы (малых половых губ) – 6261 (8%) случаев. Снижение заболеваемости гинекологическими заболеваниями среди девушек и девочек Москвы может быть достигнуто за счет проведения регулярных профилактических осмотров, информирования населения о важности подобных мероприятий, а также улучшения качества специализированной гинекологической помощи детскому населению.

Характер менструаций может быть показателем общего соматического здоровья и благополучия пациенток. Значительное изменение, нерегулярный менструальный цикл или длительное отсутствие менструаций доставляют не только физический, но и психологический дискомфорт. Как показывают результаты исследований, от 41 до 91,5% девушек школьного и университетского возраста страдают дисменореей [9]. Дисменорея обычно проявля-

ется болью в животе, но может сопровождаться головной болью, тошнотой, рвотой или другими симптомами. Диагноз в основном ставят на основании клинической картины. Тем не менее некоторые исследования могут быть полезны для исключения иных источников болевого синдрома, например ультразвуковое исследование органов малого таза, тест на беременность, скрининг на инфекции, передаваемые половым путем. Несмотря на то что основным методом лечения дисменореи остаются нестероидные противовоспалительные препараты и гормональная терапия, в ряде случаев необходима коррекция образа жизни и рациона питания. Главным методом профилактики нарушений менструального цикла среди подростков является своевременная диагностика в рамках диспансеризации и консультации. Своевременное выявление причин дисменореи позволяет снизить частоту осложнений, что положительно влияет на репродуктивное здоровье девочек, улучшает качество их жизни. В 2021 г. зарегистрировано 5265 случаев дисменореи у девочек с 10 до 17 лет, в 3368 (64%) из них диагноз установлен впервые.

Одна из самых частых причин обращения к врачу, связанных с нарушением менструального цикла, – олигоменорея – нарушение менструального цикла, когда его продолжительность превышает 35 дней, или снижение частоты менструаций до девяти раз в год. По нашим данным, зарегистрировано 3789 случаев данного заболевания в возрастной группе 10–17 лет, в 2577 (68%) из них диагноз установлен впервые. Первичная аменорея предполагает отсутствие менструаций к 15 годам или спустя три года после развития вторичных половых признаков. Вторичная аменорея характеризуется прекращением ранее регулярной менструации в течение трех месяцев или ранее нерегулярной менструации в течение шести месяцев. В диагностический поиск этиологических факторов аменореи могут быть включены такие причины, как пороки развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови, первичная недостаточность яичников, изменения в гипоталамо-гипофизарной системе, наличие других эндокринных заболеваний, последствия имеющихся хронических заболеваний в стадии компенсации или декомпенсации. Аменорея, будучи сложно диагностируемой патологией и многофакторным заболеванием, может потребовать лечения на протяжении всей жизни [10–14]. В 2021 г. зарегистрировано 922 случая аменореи, причем в 51% случаев диагноз установлен впервые. В реестре гинекологических заболеваний первое место занимают именно воспалительные заболевания половых органов. Начиная с периода младенчества на их долю в структуре заболеваний половых органов приходится свыше 50% [15]. По данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков Москвы за период с 2014 по 2017 г., первое место среди девочек допубертатного периода в возрасте 3–7 лет занимали воспалительные заболевания репродуктивных органов [16]. По нашим данным, воспалительные заболевания наружных половых органов чаще встречаются у детей дошкольного возраста: 5990 (32%) случаев в возрасте 0–4 года, 5718 (30%) – в возрасте 5–9 лет. В возрастной категории от 10 до 14 лет этот показатель составил 3099 (16%), от 15 до 17 лет – 3989 (21%). При этом у детей в возрасте 0–4 года преиму-

щественно развиваются вульвиты (88%), что может быть связано с анатомо-физиологическими особенностями половых органов у девочек раннего возраста: физиологической гипоплазией, ранимой, тонкой кожей промежности и слизистой влагалища, близостью анального отверстия и недостаточным смыканием половых губ в задних отделах. Еще одним фактором развития воспалительных заболеваний репродуктивной системы в раннем детском возрасте являются заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе дисбиотические сдвиги в микрофлоре кишечника [15–20]. Травмы наружных половых органов, нарушения гормонального фона, бесконтрольное применение наружных антибактериальных средств и других медикаментов способны ухудшать течение воспалительных заболеваний. В детском возрасте может происходить инфицирование вирусом простого герпеса и вирусом папилломы человека, что может вызывать воспалительные заболевания половых органов. Частота вирусной этиологии поражения влагалища и вульвы не превышает 25% [21]. Следует отметить, что воспалительные заболевания половых органов могут привести к нарушению становления регулярного менструального цикла и репродуктивной функции в целом.

Одной из проблем детской гинекологии, которая чаще всего выявляется на профилактическом осмотре, являются синехии малых половых губ. Синехии – сращение малых половых губ по средней линии – от полного сращения по всей длине, включая уретру и отверстие влагалища, до вовлечения лишь небольшого участка малых половых губ. Снижение количества эстрогенов может рассматриваться как основная причина данного заболевания [22–27]. К этиологическим факторам относятся и развитие воспалительного процесса в области наружных половых органов, и аллергическая предрасположенность (аллергические дерматозы, дерматиты), и травматизация кожных покровов [28–30]. По разным данным, частота заболевания варьируется от 0,6 до 5% и продолжает неуклонно увеличиваться [28, 29]. За 2021 г. при обращении выявлен 6261 случай заболевания, причем в 4933 (78%) диагноз установлен впервые. Кроме того, в семи случаях впервые установленного диагноза возраст пациенток составил 15–17 лет, что подчеркивает необходимость профилактических осмотров в раннем возрасте (3 и 6 лет) для своевременной диагностики и оптимальной коррекции данного заболевания. Лечение синехий включает в себя использование топических кремов с эстрогенами, хирургическое разделение и ручное разведение [31]. Декретированными сроками для профилактического осмотра врачом акушером-гинекологом несовершеннолетних признаны 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет. В 2021 г. охват профилактическими осмотрами у девочек в возрасте 0–17 лет составил 87,4%, что соответствует установленному на конец 2024 г. целевому показателю 80% [32]. При анализе полученных нами данных выявлена общая тенденция распространенности гинекологических заболеваний у девочек и девушек в Москве и на всей территории РФ с преимущественным преобладанием нарушений менструального цикла и воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы [33].

Согласно приказу Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания ме-

дицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“, необходимо особое внимание уделять профилактическим осмотрам несовершеннолетних. Подобные мероприятия направлены не только на обеспечение раннего выявления имеющихся заболеваний, но и на снижение гинекологической заболеваемости среди девочек и девушек, проживающих в Москве. Необходимо также обеспечить доступность медицинской помощи и ее преемственность, включая санаторно-курортное лечение и реабилитационные мероприятия.

Проведение регулярных профилактических осмотров и просветительская деятельность среди подростков, работников детских образовательных учреждений и родителей с учетом возрастных психологических особенностей является одним из способов своевременного выявления заболеваний репродуктивной системы. Целесообразно проводить разъяснительную работу среди девочек-подростков и их родителей для снижения отказов от профилактических осмотров в декретируемые сроки: в три года – перед детским садом, в шесть лет – перед поступлением в школу, с 13 лет – для оценки вторичных по-

ловых признаков, в 15 лет – для оценки становления менструальной функции, далее ежегодно до перехода девочки во взрослую сеть. Показатели гинекологической заболеваемости среди несовершеннолетних могут быть также значительно снижены за счет увеличения охвата населения медицинской помощью и улучшения качества ее оказания. Улучшить качество медицинской помощи по профилю «гинекология» для несовершеннолетних можно за счет обучения и повышения квалификации специалистов, создания учебно-методических пособий для врачей амбулаторного и стационарного звена, проведения всероссийских и региональных научно-практических конференций по детской гинекологии, обеспечения необходимого оборудования и оснащения кабинетов детских гинекологов в соответствии с приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н, а также осуществления взаимосвязи всех звеньев работы службы детской гинекологии (амбулаторного и стационарного) с обязательным анализом и разбором ошибок, допущенных на различных этапах оказания медицинской помощи. ❖

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература

1. WHO. Working definition: World Health Organization, 2002.
2. WHO. Adolescent Friendly Health Services – an agenda for change. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. Sawyer S.M., Azzopardi P.S., Wickremarathne D., Patton G.C. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2018; 2 (3): 223–228.
4. Janis J.A., Ahrens K.A., Ziller E.C. Female age at first sexual intercourse by rural-urban residence and birth cohort. *Womens Health Issues.* 2019; 29 (6): 489–498.
5. Колпакова О.И., Любимова А.И. Ранний сексуальный дебют как предиктор рискованного сексуального поведения у молодежи. *Теория и практика общественного развития.* 2016; 1: 21–24.
6. Семенова Л.В. Пути формирования ответственного отношения к репродуктивному здоровью молодежи. Социальная активность молодежи: векторы развития. Сборник материалов II Социально-педагогических чтений им. Б.И. Лившица. 2010; 264–267.
7. Чичерин Л.П., Щепин В.О., Никитин М.В. Правовое обеспечение государственных гарантий безопасности подрастающего поколения России. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко.* 2020; 1: 10–17.
8. Евстифеева Е.А., Филипченкова С.И., Макаров А.В. Риск-факторы, влияющие на репродуктивное здоровье молодежи. *Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология.* 2019; 2 (47): 66–72.
9. Gutman G., Nunez A.T., Fisher M. Dysmenorrhea in adolescents. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* 2022; 52 (5): 101186.
10. Соснова Е.А. Аменорея. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.* 2016; 3 (2): 60–75.
11. Klein D.A., Paradise S.L., Reeder R.M. Amenorrhea: a systematic approach to diagnosis and management. *Am. Fam. Physician.* 2019; 100 (1): 39–48.
12. Gasner A., Rehman A. Primary Amenorrhea. In: *Stat Pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing, 2022.*
13. Kerns J., Itriyeva K., Fisher M. Etiology and management of amenorrhea in adolescent and young adult women. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* 2022; 52 (5): 101184.
14. Pitts S., DiVasta A.D., Gordon C.M. Evaluation and management of amenorrhea. *JAMA.* 2021; 326 (19): 1962–1963.
15. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е. и др. Вульвовагинит у девочек в препубертатном и пубертатном периодах развития (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2018; 24 (3): 49–54.
16. Сибирская Е.В., Петрайкина Е.Е., Тургунова Г.М., Выхристюк Ю.В. Клиническая эффективность лечения вульвовагинитов у девочек и особенности их оценки (клиническое наблюдение). *Трудный пациент.* 2019; 17 (8-9): 49–50.
17. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М., Богданова Е.А. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий у детей и подростков. *Акушерство и гинекология.* 2012; 4-1: 108–112.
18. Бансова Б.И., Бижанова Д.А., Богинская Л.Н. *Гинекология.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
19. Кириллова Е.Н., Павлюкова С.А., Акулич Н.С. Вульвовагинит у детей. *Медицинский журнал.* 2017; 2 (60): 151–153.
20. Хурасева А.Б. Факторы риска персистенции вульвовагинита у девочек и оптимизация терапии. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2014; 3 (56): 45–50.
21. Gonzalez D., Anand S., Mendez M.D. Labial adhesions. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.*
22. Bacon J.L., Romano M.E., Quint E.H. Clinical recommendation: labial adhesions. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2015; 28 (5): 405–409.

23. Rubinstein A., Rahman G., Risso P., Ocampo D. Labial adhesions: experience in a children's hospital. Arch. Argent Pediatr. 2018; 116 (1): 65–68.
24. Barbosa Ardila S.D., Tristancho Baró A.I., Suescún Vargas J.M. Labial adhesions: review of the literature. Arch. Argent Pediatr. 2017; 115 (6): 597–601.
25. Samuels E., Ocheke A.N., Samuels N.E. Labial adhesion in children at the Jos University Teaching Hospital. Afr. J. Paediatr. Surg. 2016; 13 (1): 6–8.
26. Padilla Fernández B., Virseda Rodríguez Á.J., Lorenzo Gómez M.F., et al. Voiding syndrome of gynaecological origin: the importance of good physical examination. Arch. Esp. Urol. 2015; 68 (4): 443–447.
27. Dowlut-McElroy T., Higgins J., Williams K.B., Strickland J.L. Treatment of prepubertal labial adhesions: a randomized controlled trial. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2019; 32 (3): 259–263.
28. Lee I.O., Pak H.Y., Chung J.E. Demographic characteristics of labial adhesion in South Korea: a population-based study from 2010 to 2014. BMJ Paediatr. Open. 2018; 2 (1): e000276.
29. Knudtson S., Haugen S.E., Myhre A.K. Labial adhesion – diagnostics and treatment. Tidsskr. Nor. Laegeforen. 2017; 137 (1): 31–35.
30. Wejde E., Ekmark A.N., Stenstrom P. Treatment with oestrogen or manual separation for labial adhesions – initial outcome and long-term follow-up; 2018. BMC Pediatr. 2018; 18 (1): 104.
31. Morin J.P., Tew C.E., Puntney H.L., et al. Recurrence rates after surgical management of labial adhesions. J. Pediatr. Urol. 2021; 17 (5): 705.e1–705.e5.
32. О реализации региональных программ развития детского здравоохранения. Материалы заседания Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (Совет Федерации, 28 апреля 2020 г.). Аналитический вестник. 2020; 8 (751).
33. Здравоохранение в России. Статистический сборник (2021). Росстат. М., 2021.

### Reproductive Health of Girls and Adolescents in Moscow. Development of Specialized Care

I.V. Karachentsova, PhD<sup>1,2</sup>, Ye.V. Sibirskaia, PhD, Prof.<sup>1,2,3,4</sup>, M.Yu. Chernysheva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> Center for Adolescent Reproductive Health of the Moscow Region

<sup>4</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Contact person: Irina V. Karachentsova, 5053104@list.ru

*Due to a steady trend towards an increase in the incidence of various gynecological diseases, one of the most significant problems of modern society is the protection of the reproductive health of girls and adolescents. Diseases that are asymptomatic or with an erased clinical presentation but have a significant impact on the reproductive potential of the young population deserve close attention.*

**Purpose.** To reveal the prevalence of gynecological diseases among the female population of the neutral, prepubertal and pubertal period in Moscow and to determinate ways to reduce incidence of preventable diseases.

**Material and methods.** An analysis of the data on gynecological morbidity of girls and adolescents in Moscow is presented based on the data of the annual report of the chief freelance specialist gynecologist of childhood and adolescence in Moscow in 2021 (n = 925 632). According to the report, the prevalence of gynecological pathologies during examinations in 2021 is (n = 82 517): delayed puberty (n = 182), premature thelarche (n = 779), menstrual disorders (n = 11 748), other endocrine disorders (n = 15), premenstrual tension syndrome (n = 353), dysmenorrhea (n = 5265), inflammatory diseases of vulva and vagina (n = 18 796), ovarian cysts (n = 2384), labial adhesion (labia minora) (n = 6261), disorders of breast (n = 1136), anogenital warts (n = 26), congenital disorders of female genital organs (n = 71), unspecified injury of external genitals (n = 223), sexual transmitted diseases (n = 39), Turner's syndrome (n = 21), unspecified malignant primary neoplasms (n = 5).

**Results.** An analysis of the prevalence of gynecological diseases in girls and adolescents in Moscow in 2021 (n = 925 632) has revealed that the highest incidence among all diseases of the reproductive system (n = 82 517) is: inflammatory diseases of the external and internal genital organs – 23% (n = 18 796), as well as menstrual disorders – 14% (n = 11 748), including dysmenorrhea – 6% (n = 5265), and labial adhesions – 8% (n = 6261). Reducing the incidence of gynecological diseases among girls and adolescents in Moscow can be achieved through regular full well-child examinations and improving the quality of specialized gynecological care.

**Conclusion.** Providing regular preventive physical examinations and educational activities among adolescents and parents is one of the ways to timely detect various diseases of the reproductive system. The incidence of gynecological diseases among this age group can also be significantly reduced by increasing the coverage of the population with medical care and improving the quality of its provision.

**Key words:** reproductive health of adolescent, adolescent girls, prevalence of gynecological morbidity, specialized care

НОВОСТИ  
СТАТЬИ  
ЖУРНАЛЫ  
МЕРОПРИЯТИЯ  
ВИДЕО  
ПРЕСС-РЕЛИЗЫ  
ОНЛАЙН-МЕДИА



umedp.ru

## Медицинский портал для врачей

Акушерство  
и гинекология  
Аллергология  
и иммунология  
Анестезиология  
и реаниматология  
Гастроэнтерология  
Дерматовенерология  
Инфекционные  
болезни  
Кардиология  
Неврология  
Онкология  
Организация  
здравоохранения  
Оториноларингология  
Офтальмология  
Педиатрия  
Психиатрия  
Пульмонология  
Ревматология  
Терапия  
Урология  
Эндокринология

**uMEDp**  
(Universal Medical Portal) создан при участии ведущих экспертов различных областей медицины, много лет сотрудничающих с издательским домом «Медфорум». Собранные в рамках издательских проектов научно-медицинские материалы стали отправной точкой в развитии сетевого ресурса.

**5105**  
**статей**

*Информация на сайте uMEDp носит научный, справочный характер, предназначена исключительно для специалистов здравоохранения.*

*uMEDp – медицинский портал для врачей, объединяющий информацию о современных решениях для практики. Статьи экспертов по основным специальностям, обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости, видеоматериалы (в прямой трансляции или записи) составляют основное содержание портала.*

<sup>1</sup> Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

<sup>3</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>5</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

# Новообразования полости малого таза в педиатрии. Особенности дифференциальной диагностики

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1,2</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>3,4</sup>, И.Н. Скапенков<sup>3</sup>, Д.С. Аветисян<sup>5</sup>, Е.И. Крылова<sup>5</sup>, Е.Д. Нахапетян<sup>4</sup>

Адрес для переписки: Ирина Васильевна Караченцова, 5053104@list.ru

Для цитирования: Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Караченцова И.В. и др. Новообразования полости малого таза в педиатрии. Особенности дифференциальной диагностики. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 54–58.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-54-58

Частота выявления гастроинтестинальной стромальной опухоли (ГИСО) у детей и подростков составляет около 0,4% от общего числа диагностированных ГИСО. ГИСО могут возникать на всем протяжении желудочно-кишечного тракта. При проведении инструментальных исследований возможна ошибочная интерпретация их органопринадлежности. Именно поэтому в предоперационном периоде крайне важно последовательно использовать разные неинвазивные методы диагностики. Представлен редкий случай гастроинтестинальной стромальной опухоли в педиатрии, которая на этапе неинвазивных диагностических исследований определялась как новообразование полости малого таза. Точно определить ее органопринадлежность удалось только после выполнения диагностической лапароскопии. Описаны также инструментальные и лабораторные методы исследования для дифференциальной диагностики новообразований брюшной полости и полости малого таза.

**Ключевые слова:** ГИСО, новообразование придатков, малый таз, диагностика, педиатрия, клинический случай

## Актуальность

Диагностические методы, применяемые для уточнения органопринадлежности новообразований в брюшной полости и полости малого таза, крайне важны для постановки диагноза, определения целесообразности и тактики хирургического лечения. Трудности выявления опухолей малого таза в педиатрической практике зачастую связаны

с отсутствием характерных жалоб, бессимптомным течением и сложностью гинекологического обследования [1]. Используя только один метод диагностики, не всегда можно получить достоверный результат. Необходим более комплексный подход с последовательным применением инструментальных методов, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ)





(с контрастом/без контраста), магнитно-резонансная томография (МРТ), иммуногистохимическое (ИГХ) исследование.

Множество клинических случаев «негинекологических» образований в предоперационном диагностическом периоде описаны как «гинекологические» [2–6]. И наоборот, образования, выявленные в брюшной полости, скорее всего будут связаны с гинекологической патологией [7]. Это обусловлено неточностью результатов, полученных в ходе неинвазивных диагностических исследований.

Подобные расхождения наблюдаются, если исследуемое образование в клинической практике встречается достаточно редко. Частота выявления гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) у детей и подростков составляет около 0,4% от общего числа диагностированных ГИСО [8]. По данным Национального института онкологии США, в 2015 г. число выявленных случаев у пациентов в возрасте 8–20 лет составило 1,64% от общего числа ГИСО [9]. Официальной информации о количестве ГИСО, обнаруженных в России в 2022 г., нет [10]. Частота встречаемости ГИСО у детей и подростков женского пола на 70% выше, чем у детей и подростков мужского пола. В то же время у взрослых частота встречаемости данного типа мезенхимальных опухолей одинакова как у мужчин, так и у женщин [9].

Рассмотрим клинический случай выявления у 16-летней пациентки ГИСО тонкой кишки, которая на этапе проведения неинвазивных диагностических исследований была классифицирована как новообразование полости малого таза.

### Клинический случай

В онкологическое отделение поступила 16-летняя пациентка с объемным образованием в малом тазу. Наблюдается гинекологом по поводу нарушения менструального цикла. Диагностирована анемия (уровень гемоглобина – 81 г/л). Назначены препараты железа. На фоне терапии в течение шести месяцев уровень гемоглобина увеличился – 126 г/л, после ее отмены снизился до 96 г/л. Назначена повторная терапия препаратами железа. Через три месяца при плановом УЗИ органов малого таза в полости малого таза справа определялось округлое образование с четкими ровными контурами, умеренным кровотоком по периферии, размером 56,6 × 40,7 × 53,4 мм. Пациентка направлена на консультацию. При контрольном УЗИ убедительных данных о дополнительных объемных образованиях в полости малого таза не получено. Уровень бета-хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) – 0 МЕ/л. Пациентка отпущена под наблюдение педиатра по месту жительства. Спустя месяц госпитализирована в гематологическое отделение областной больницы по поводу анемии, где при выполнении МРТ в области дугласова пространства обнаружено объемное образование с четкими неровными контурами, неправильной формы, размером 5,5 × 5,0 × 6,5 см, кистозными включениями. Пациентка повторно

направлена на госпитализацию. При дообследовании, по результатам КТ и позитронно-эмиссионной томографии/КТ, определено объемное образование в полости малого таза. Альфа-фетопротеин (АФП) – 2,79 нг/мл. Семейный анамнез: у отца по материнской линии – гемофилия.

Данные УЗИ органов малого таза: в полости малого таза, больше справа, многоузловое кистозно-солидное образование размером около 7,8 × 6,5 × 5,2 см; правый яичник не визуализируется, «перекрытый» данным образованием. Слева в полости малого таза кистозное образование 3,8 × 3,5 см. Свободной жидкости в малом тазу нет. Связи данного образования с мочевым пузырем нет. Печень, почки, поджелудочная железа не изменены. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены.

Общий анализ крови без патологических изменений (лейкоциты –  $10,87 \times 10^9$  Ед/л, эритроциты –  $4,52 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 121 г/л, гематокрит – 37,5%, тромбоциты –  $297 \times 10^9$ /л). С учетом объемного образования в полости малого таза пациентка была госпитализирована в онкологическое отделение для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Показано проведение диагностической оценки онкомаркеров – GI19-9Ag – 4,9 Ед/мл, OV125Ag – 31,29 Ед/мл, АФП – 3,17 МЕ/мл, бета-ХГЧ – 0,15 МЕ/л. На основании данных клинко-лабораторного и инструментального обследований пациентке показано оперативное вмешательство в объеме лапароскопии, удаления/биопсии образования полости малого таза.

Выполнена диагностическая лапароскопия. Троякары под контролем зрения введены в типичных местах. Инсуффляция углекислым газом. При ревизии: матка, правый и левый яичники без особенностей. В дугласовом пространстве крупное многоузловое неоднородное объемное образование (рис. 1). При дальнейшей ревизии выявлено, что данное образование достаточно подвижное, исходит из стенки



Рис. 1. Интраоперационная картина опухоли

Трудности выявления опухолей полости малого таза в педиатрической практике зачастую связаны с отсутствием характерных жалоб, бессимптомным течением и сложностью гинекологического обследования. Используя только один метод диагностики, не всегда можно получить достоверный результат. Необходим более комплексный подход с применением ультразвукового и иммуногистохимического исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии

тонкой кишки, к поверхности образования подпаяна прядь большого сальника. Принято решение о конверсии. Троякары, газ и оптика удалены из брюшной полости.

Выполнена минисрединная лапаротомия. В лапаротомную рану выведена опухоль, исходящая из стенки кишки на расстоянии 50 см от связки Трейтца. К опухоли подпаяна прядь большого сальника, перевязана, пересечена. Опухоль около 6 см в диаметре, имеет эндо- и экзофитный компонент, при пальпации мягко-эластической консистенции, красно-синего цвета. Радикальное удаление возможно только с участком тонкой кишки. Наложены кишечные жомы на проводящую и отводящую петли кишок на расстоянии 1,5–2 см от опухоли. Кишка пересечена с помощью электрокоагуляции. Опухоль вместе с пораженной частью кишки (около 8 см) удалена радикально без повреждения капсулы. Сформирован тонкокишечный анастомоз «конец в конец» с наложением двурядного шва. Анастомоз проводим. Кишка погружена в брюшную полость. После контроля гемостаза проведена ревизия операционной зоны. Дополнительных инородных предметов не выявлено. В брыжейку тонкой кишки введено 10 мл 0,2%-ного раствора ропивакаина. Малый таз дренирован через лапароскопический доступ в правой подвздошной области. Послойные швы на рану. Внутрикожный шов.

Заключение гистологического исследования новообразования забрюшинного пространства: гастроинтестинальная стромальная опухоль.

После операции назначены инфузионно-корректирующая, антибактериальная, симптоматическая терапия, парентеральное питание, обезболивание, стимуляция кишечника.

Состояние после операции тяжелое, относительно стабильное. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. По страховочному дренажу отходит серозно-геморрагическое отделяемое.

В отделении проводилась терапия: цефтриаксон 2 г один раз в день, метронидазол 70 мл три раза в день, этамзилат 2 мл три раза в день, омепразол 20 мг перорально, неостигмина метилсульфат 1 мл три раза

в день подкожно, трамадол 1,5 мл внутримышечно при выраженных болях.

В удовлетворительном состоянии пациентка выписана домой на пятые сутки после операции. Рекомендовано наблюдение онколога, гинеколога и хирурга по месту жительства.

## Обсуждение

Представленный случай наглядно демонстрирует важность использования разных методов диагностики для установления органопринадлежности новообразования. Несовпадение интраоперационной картины и методов визуализации объясняется тем, что случай достаточно редкий. Преимущественно для однозначной постановки диагноза ГИСО решающим исследованием является диагностическая лапароскопия, поскольку этот вид мезенхимальной опухоли на этапе неинвазивной диагностики сложно дифференцировать с образованиями придатков матки.

Первостепенным является влагалищное пальцевое исследование (в педиатрии ректальное), которое проводится во время осмотра на гинекологическом кресле. По его результатам можно судить о состоянии наружных половых органов, шейки матки, наличии каких-либо образований в области наружного зева, яичников и тела матки. Однако это исследование не является эталонным, поскольку не дает информации о точной локализации образования, его размерах и происхождении.

Исходя из потенциальной природы новообразования, более информативными диагностическими методами считаются УЗИ-диагностика, КТ и МРТ. Например, при диагностике новообразований брюшины (в области малого таза и в брюшной полости) чувствительность УЗИ и WB-DWIBS приблизительно одинакова, но превышает таковую КТ. Если рассматривать диагностику новообразований брюшины отдельно по областям, в полости таза трансвагинальное УЗИ (ректальное УЗИ в педиатрической гинекологии или у пациенток с нарушением развития половых путей) более чувствительно, чем WB-DWIBS с последующей КТ, но в брюшной полости трансабдоминальное УЗИ показывает меньшую специфичность, чем визуализация в поперечном сечении, особенно если исследуется брыжейка тонкой кишки. Для оценки ретроперитонеальных лимфоузлов все методы имеют одинаковую чувствительность [11], а для оценки параорганных и пристеночных узлов малого таза наиболее оптимально трансвагинальное УЗИ. При постановке диагноза ГИСО в педиатрии обязательно следует проверять чистоту лимфоузлов, поскольку в 45% случаев в них могут быть обнаружены метастазы [9].

В настоящее время активно используется метод эндоскопической ультразвуковой диагностики (ЭУД) для дифференцировки ГИСО и лейомиом. Но он также не является эталонным, если не подкреплен другими инструментальными исследованиями.



В ряде работ описано применение ЭУД с дальнейшей обработкой данных в сером спектре, в программе «Фотошоп» [12–14]. Результаты показывают достаточно высокий процент дифференцировки новообразований.

Для установления окончательного происхождения образования с гистологической точки зрения стоит проводить прижизненное патологоанатомическое исследование с использованием ИГХ-методов. В представленном случае клетки, полученные после удаления опухоли, были положительны к CD117 (с-KIT) и DOG1. В клинической практике до 95% подтвержденных ГИСО положительны к CD117 [15] и до 98% – к анотамину-1 (DOG1) [16]. Онкомаркеры CA19-9 и CA125 в рассмотренном случае находились в пределах нормы. CA19-9 считается более специфичным антигеном, чем CA125, в диагностике новообразований яичников [17], особенно выявлении муцинозных опухолей на ранней стадии [18]. Отрицательные значения описанных выше антигенов с большой долей вероятности исключали опухоль яичника еще на дооперативном диагностическом этапе.

Был проведен поиск схожих клинических случаев и обзоров литературы по дифференциальной диагностике новообразований малого таза через систему PubMed по ключевым словам: ГИСО, новообразование придатков, малый таз, диагностика, педиатрия, клинический случай. В результате сочетания ключевых слов было найдено 45 публикаций, из которых отобрано 14. Критериями для отбора стали сроки публикаций за последние десять лет; определяемые новообразования на этапе неинвазивной диагностики были описаны как опухоли матки или придатков, но после диагностического оперативного вмешательства было установлено, что они локализованы в брюшной полости.

Например, в клинических случаях, описанных S. Higami и соавт. [2], K. Yorita и соавт. [3], N. Karasa и соавт. [4], S.K. Ijeri [6], C.L. Kho и соавт. [7] (рис. 2), все выявленные новообразования на этапе диагностических дооперативных исследований определялись как опухоли полости малого таза.

S. Higami и соавт. [2] описали случай, в котором, по результатам КТ, были выявлены новообразования в области правых и левых придатков. На основании этого был установлен предварительный клинический диагноз: двусторонняя опухоль яичников. Однако после диагностической лапароскопии было выявлено, что образование справа определялось забрюшинно, в области наружной подвздошной вены.

В клиническом случае, описанном K. Yorita и соавт. [3], данные УЗИ показали образование в полости малого таза, прилежащее к задней стенке матки. Были также проведены МРТ, КТ, КТ с контрастом и, исходя из характеристик новообразования, установлен предварительный диагноз субсерозной миомы матки.



Рис. 2. Лапароскопическая картина солидной опухоли, растущей из тонкой кишки

При проведении диагностической лапаротомии было выявлено, что петли тонкой и толстой кишок, матка и придатки интактны. Новообразование расположено в нижнем левом квадранте переднебоковой брюшной стенки и куполообразно выступает в брюшную полость.

В клиническом случае, представленном N. Karasa и соавт. [4], пациентка перенесла гистерэктомию. В области левых придатков, по результатам пальцевого исследования и МРТ, определено образование. Данные диагностической лапаротомии показали, что образование берет начало от серозной оболочки подвздошной кишки.

Таким образом, авторы указанных клинических случаев подтверждают тот факт, что неинвазивные методы диагностики не всегда позволяют правильно определить органопринадлежность образования. Достоверно ее можно установить в ходе диагностических операций – лапароскопии, лапаротомии.

### Заключение

Нами описан достаточно редкий случай ГИСО в педиатрии [8, 9]. Диагностика данного образования многоступенчатая и предполагает использование как неинвазивных, так и инвазивных методов визуализации. При подозрении на опухоль в полости малого таза следует помнить, что описано множество случаев, когда «негинекологические» образования при проведении диагностических исследований выглядят как «гинекологические». Применение разнообразных инструментальных и биохимических методов позволяет получить наиболее полную информацию о новообразовании в предоперационном периоде.

### Конфликт интересов.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### Источник финансирования.

Отсутствует.

## Литература

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. и др. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2016; 22 (2): 73–77.
2. Higami S., Ueda T., Sakakibara Y., et al. Laparoscopically resected venous adventitial cystic disease that was difficult to distinguish from an ovarian tumor. J. УОЕН. 2020; 42 (1): 51–55.
3. Yorita K., Tanaka Y., Hirano K., et al. Cystic leiomyoma of the anterolateral abdominal wall: a case report and literature review. Medicine. 2017; 96 (48): e8971.
4. Karaca N., Акпак Y.K., Tatar Z., et al. Gastrointestinal stromal tumor: may mimic adnexal mass. Glob. J. Health Sci. 2015; 8 (2): 20–26.
5. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В. и др. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек. Детская хирургия. 2018; 22 (3): 160–162.
6. Ijeri S.K., Rathod P.S., Kundargi R., et al. Gastrointestinal stromal tumor mimicking as ovarian tumor in gynaecologic oncology. Indian J. Surg. Oncol. 2016; 7 (1): 56–61.
7. Kho C.L., Toh L., Tan K.T. Unusual case of a small bowel leiomyoma presenting as an adnexal mass. BMJ Case Rep. 2018; 2018: bcr2018225320.
8. Joensuu H., Vehtari A., Riihimäki J., et al. Risk of recurrence of gastrointestinal stromal tumour after surgery: an analysis of pooled population-based cohorts. Lancet Oncol. 2012; 13 (3): 265–274.
9. Quiroz H.J., Willobee B.A., Sussman M.S., et al. Pediatric gastrointestinal stromal tumors – a review of diagnostic modalities. Transl. Gastroenterol. Hepatol. 2018; 3: 54.
10. Общероссийский национальный союз «Ассоциация онкологов России». Клинические рекомендации «Гастроинтестинальные стромальные опухоли». М., 2020.
11. Fischerova D., Pinto P., Burgetova A., et al. Preoperative staging of ovarian cancer: Comparison between ultrasound, CT and whole-body diffusion-weighted MRI (ISAAC Study). Ultrasound Obstet. Gynecol. 2022; 59 (2): 248–262.
12. Zhao Y., Wang Z., Tian J., et al. Exploration of a new method for photoshop-assisted endoscopic ultrasound to distinguish gastrointestinal stromal tumor and leiomyoma. Scand. J. Gastroenterol. 2022; 1–5.
13. Lee M.W., Kim G.H., Kim K.B., et al. Digital Image Analysis-based scoring system for endoscopic ultrasonography is useful in predicting gastrointestinal stromal tumors. Gastric Cancer. 2019; 22 (5): 980–987.
14. Kim G.H., Kim K.B., Lee S.H., et al. Digital image analysis of endoscopic ultrasonography is helpful in diagnosing gastric mesenchymal tumors. BMC Gastroenterol. 2014; 14: 7.
15. Medeiros F., Corless C.L., Duensing A., et al. Kit-negative gastrointestinal stromal tumors: proof of concept and therapeutic implications. Am. J. Surg. Pathol. 2004; 28 (7): 889–894.
16. West R.B., Corless C.L., Chen X., et al. The novel marker, DOG1, is expressed ubiquitously in gastrointestinal stromal tumors irrespective of KIT or PDGFRA mutation status. Am. J. Pathol. 2004; 165 (1): 107–113.
17. Al-Hadithi H.S., Al-Derzi A.R. CA19-9 tumor marker in comparison with CA125 in patients with gynecological disease. IOSR J. Dent. Med. Sci. 2014; 13 (2): 01–04.
18. Cho H.-Y., Kyung M.S. Serum CA19-9 as a predictor of malignancy in primary ovarian mucinous tumors: a matched case-control study. Med. Sci. Monit. 2014; 20: 1334–1339.

### Neoplasms of the Pelvic Cavity in Pediatrics. Features of Differential Diagnosis

L.V. Adamyan, PhD, Prof., Academician of RAS<sup>1,2</sup>, Ye.V. Sibirskaia, PhD, Prof.<sup>1,3</sup>, I.V. Karachentsova, PhD<sup>3,4</sup>, I.N. Skapenkov<sup>3</sup>, D.S. Avetisyan<sup>5</sup>, Ye.I. Krylova<sup>5</sup>, Ye.D. Nakhapetyan<sup>4</sup>

<sup>1</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

<sup>3</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>5</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Irina V. Karachentsova, 5053104@list.ru

*The frequency of detection of stromal gastrointestinal tumors in children and adolescents is about 0.4% of the total number of diagnosed GISTs. These tumors can occur throughout the gastrointestinal tract. During the instrumental research, misinterpretation of tumor origin is possible. For this reason, the consistent use of a variety of non-invasive diagnostic methods is extremely important in the preoperative period. We present a case report of a rare GIST detection in pediatrics, which at the stage of noninvasive diagnostic studies was determined as a pelvic tumor. It was possible to accurately determine its origin only after diagnostic laparoscopy. We also provide a description of instrumental and laboratory research methods for the differential diagnosis of the abdominal and pelvic cavities neoplasms.*

**Key words:** GIST, adnexal neoplasm, pelvis, diagnostic, pediatrics, case report



# Клинический случай гигантской фиброаденомы у 13-летней девочки. Особенности диагностики

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2,3</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>1</sup>, И.А. Меленчук<sup>1</sup>, Д.Ю. Грипас<sup>2</sup>, С.К. Уколова<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Ирина Васильевна Караченцова, 5053104@list.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Меленчук И.А. и др. Клинический случай гигантской фиброаденомы у 13-летней девочки. Особенности диагностики. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 59–63.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-59-63

<sup>1</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

*Представлен клинический случай гигантской фиброаденомы (20 см) у 13-летней девушки, а также краткий обзор научной литературы, посвященной доброкачественным новообразованиям молочных желез у юных пациенток. На долю гигантской фиброаденомы приходится от 0,5 до 2% всех фиброаденом. У детей и подростков ультразвуковое исследование молочной железы – основной метод диагностики фиброаденомы. Фиброаденому необходимо дифференцировать с филоидной опухолью, которая клинически не отличается от фиброаденомы, но имеет высокий риск малигнизации. Для постановки окончательного диагноза дополнительно выполняется пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия.*

**Ключевые слова:** клинический случай, гигантская фиброаденома, доброкачественное образование молочной железы, подростковый период

## Введение

Фиброаденома (ФА) – доброкачественное образование молочной железы [1]. ФА относится к наиболее распространенным доброкачественным опухолям молочной железы и в среднем встречается в возрасте 15–35 лет с частотой 25% [2].

Механизм развития образования до конца не ясен. Считается, что в основе патогенеза ФА лежит гормональный дисбаланс, в частности гиперэстрогения. Опухоль чаще диагностируется именно в период гормональных колебаний, таких как беременность, послеродовой период, подростковый период, в пременопаузе. Прием гормональных оральных контрацептивов в возрасте до 20 лет, особенно бесконтрольный и длительный, повышает риск развития ФА [3]. Выявлено также, что пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию циклоспорином А, инфицированные вирусом Эпштейна – Барр, имеют склонность к развитию ФА [4, 5]. У больных ФА в генах обнаруживаются мутации MED12, KMT2D и RARA (49, 13 и 13% соответственно) [6, 7].

В зависимости от гистологического строения выделяют:

- интраканаликулярную форму, прорастающую в просвет протоков;
- периканаликулярную, опухолевая ткань которой разрастается вокруг протоков;
- смешанную;
- листовидную, которая имеет склонность к малигнизации [3].

Клинически ФА представляет собой безболезненную, твердую, подвижную опухоль молочной железы. Основные жалобы, которые предъявляют пациентки, – боль, уплотнение в груди, ее увеличение, гиперемия, выделения из сосков [8]. При физикальном обследовании пальпируется плотное, безболезненное образование. ФА может протекать бессимптомно [5, 8].

Для диагностики ФА используют ультразвуковое исследование (УЗИ) молочной железы, маммографию, пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию (ПТАБ). На УЗИ ФА выглядит как овальное, хорошо очерченное гипэхогенное очаговое

образование, вытесняющее окружающую паренхиму. ФА на маммографии визуализируется как хорошо очерченная масса с кальцификатами, похожими на «попкорн» [2]. Однако маммография ввиду высокой лучевой нагрузки в детском и юношеском возрасте применяется крайне редко и только при высоком риске злокачественности образования [9], поэтому основным методом диагностики ФА у подростков является УЗИ молочной железы [8].



Рис. 1. Правая молочная железа пациентки N. (вид спереди)



Рис. 2. Правая молочная железа пациентки N. (вид сбоку)

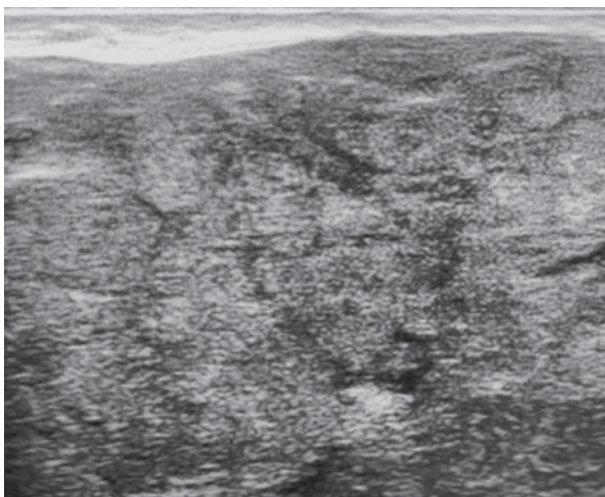


Рис. 3. Ультразвуковое изображение фибroadеномы правой молочной железы

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между ФА и филоидной опухолью (частота встречаемости – 0,3–1%), так как последняя в отличие от ФА имеет высокий риск малигнизации с метастазированием [2]. При этом клинически ФА и филоидная опухоль не отличаются, и только ПТАБ позволяет точно установить диагноз [4].

Лечение – хирургическое. ФА может быть удалена путем хирургического иссечения. Криоабляция и лечение высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком (HIFU) являются экспериментальными методами [2].

### Клинический случай

Пациентка N. 13 лет поступила в гинекологическое отделение Российской детской клинической больницы в связи с жалобами на крупное образование правой молочной железы.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности, протекавшей без особенностей. Роды вторые, самостоятельные. Масса при рождении – 3100 г, рост – 53 см, оценка по шкале Апгар – 8/8 баллов. Привита по календарю. Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции, аллергодерматит. Наблюдались у гинеколога с диагнозом дистрофии вульвы. Наследственный анамнез не отягощен.

**Анамнез заболевания.** Со слов девочки, увеличение молочной железы отмечалось в течение месяца. Обратилась в приемное отделение скорпомощного стационара по месту жительства. Был выставлен диагноз «мастит». Рекомендована антибактериальная терапия, местно – мазь Вишневского. Лечение – без эффекта. Первично консультирована онкологом. УЗИ молочной железы: кожа не утолщена, дифференциация тканей сохранена. Строение молочной железы по ювенильному типу. Железистая ткань в виде гипоехогенных пластов слева до 14 мм. Жировая ткань в виде гиперэхогенных долек. Млечные протоки не расширены. Связки Купера не утолщены. Справа в области молочной железы визуализируется гипоехогенное неоднородное образование с четкими контурами толщиной 53 мм, неровными контурами, усиленным кровотоком по данным цветового доплеровского картирования. 28 июня 2022 г. выполнена пункционная биопсия по результатам цитологического исследования: в препарате обнаружены группы клеток кубического эпителия с признаками выраженной пролиферации, фибroadенома (?).

**Состояние на текущий момент** средней тяжести. Молочная железа справа увеличена за счет объемного образования до 20 см, плотного, безболезненного, кожа над ним не изменена. Левая молочная железа без особенностей (рис. 1 и 2).

**Гинекологический статус.** Менструации с 12 лет, по пять-шесть дней через 30–35 дней, умеренные, безболезненные. Выделения светлые, слизистые. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Гимен бахром-



Рис. 4. Операционное поле



Рис. 5. Начало выполнения якорного разреза



Рис. 6. Интраоперационная картина выведения в рану образования молочной железы



Рис. 7. Макропрепарат образования правой молочной железы



Рис. 8. Вид пациентки после операции

чатый, кольцевидный, не гиперемирован, эстрогенизирован. Слизистая влагалища складчатая, не гиперемирована, розовая. Шейка коническая, чистая. Матка в срединном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Данные УЗИ молочной железы: вся правая молочная железа представлена солидным образованием дольчатого строения размером 150 × 180 мм с локусами кровотока. Левая молочная железа представлена железистой тканью, патологии не выявлено. Заключение: образование

правой молочной железы гигантских размеров (рис. 3).

Выставлен клинический диагноз: доброкачественное новообразование правой молочной железы гигантских размеров. В плане пункционная биопсия образования. На второй день после госпитализации пациентки в стационар выполнена пункционная биопсия опухоли, получены клетки образования. Гистологическое заключение Ц-48/2022: данная цитологическая картина может соответствовать фиброзно-кистозным изменениям при доброкачественных новообразованиях молочной железы. С учетом цитологического заключения пациентке показано плановое оперативное лечение в отделении гинекологии в связи с исключением онкологического генеза образования в объеме удаления доброкачественного новообразования молочной железы справа. Выполнено оперативное лечение (рис. 4–8). Ход операции: учитывая объемы образования, под общей анестезией выполнен якорный разрез, тупым и острым путем выделено образование до 20 см, которое удалено из раны; дополнительный гемостаз в области ложа образования, целостность молочной железы восстановлена послойно, на кожу наложен внутрикожный шов, Викрил 4,0. Над соском иссечен избыточный

кожный лоскут. На кожу наложен косметический непрерывный внутрикожный шов. Гемостаз – сухо. Кровопотеря минимальная. Подкожно введен изотонический водный раствор Наропина 10 мл + физраствор 10 мл. Интраоперационно выполнена антибиотикопрофилактика. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на пятые сутки послеоперационного периода. В дальнейшем пациентке были назначены обработка послеоперационной раны антисептическими растворами, эластическая компрессия молочной железы с целью профилактики послеоперационных осложнений и улучшения реабилитации с повторными обследованием и наблюдением в отделении гинекологии через три месяца после оперативного вмешательства. На седьмые сутки после оперативного вмешательства получен результат гистологического исследования, соответствующий фиброаденоме молочной железы без признаков озлокачествления.

### Обсуждение

Патология молочных желез среди девочек и девушек Москвы в структуре гинекологической заболеваемости составляет 4% [10]. Данные о частоте встречаемости новообразований молочных желез у разных авторов различны. Так, согласно отечественным работам, новообразования молочной железы в структуре гинекологической заболеваемости колеблются от 0,2 до 2,5% [11]. В зарубежной литературе указывается, что распространенность опухолей молочной железы у девочек-подростков составляет 3,2% [12]. Важно отметить, что у детей и подростков ФА занимает второе место по частоте выявляемых опухолей, ее распространенность в детской популяции колеблется от 4 до 63% [13]. Средний размер ФА составляет 2–3 см. Если размер варьируется от 5 до 15 см и более, масса превышает 500 г и опухоль занимает более 80% площади груди, ФА дополнительно классифицируют как гигантскую ФА (у взрослого человека гигантскими ФА считаются образования диаметром более 5 см и/или массой свыше 800 г). На долю гигантской ФА приходится от 0,5 до 2% в структуре всех ФА [9]. Гигантские ФА наиболее распространены у афроамериканок, а также жительниц Восточной Азии [14].

При поиске клинических случаев гигантской ФА у девочек-подростков до 15 лет в PubMed найдены только четыре зарубежных описания [15–18]. Так, в статье S.U. Celik и соавт. представлено наблюдение гигантской ФА у 14-летней девушки с размером опухоли 20 см. Для верификации диагноза были выполнены УЗИ молочных желез и ПТАБ. Проведено иссечение опухоли [15]. Описаны также следующие гигантские ФА: у 13-летней девушки ФА размером 12 см [16], 15-летней – многоузловая ФА (пять узлов – 10 см, два по 7 см, два по 5 см) [17], 13-летней – 11 см [18]. Всем вышеуказанным пациенткам для подтверждения ФА проводились УЗИ молочных желез и ПТАБ, после чего было выполнено оперативное лечение в виде иссечения опухоли. В PubMed также описаны самые крупные в мире гигантские

ФА. В статье P.A. Jategaonkar и соавт. зафиксирована самая гигантская двусторонняя ФА у 17-летней девушки размером 63 × 47 см и 51 × 39 см в правой и левой молочной железе соответственно. Пациентка обратила внимание на резкое увеличение обеих молочных желез в течение трех месяцев. В клинику обратилась с жалобами на увеличение груди, затрудненное дыхание, а также снижение повседневной активности. Наследственность не отягощена. По данным УЗИ молочных желез: железистая ткань в виде гипоехогенных масс. Окончательный диагноз ФА подтвержден после выполнения ПТАБ. Проведена успешная двусторонняя мастэктомия [19]. В статье S. Islam и соавт. также представлена гигантская ФА у 16-летней девушки – 28 × 25 см, которая отметила увеличение левой молочной железы в течение года. Менструации с 13 лет, регулярные; гормональные оральные контрацептивы не принимала, наследственность не отягощена. УЗИ молочных желез и ПТАБ подтвердили диагноз ФА. Выполнено успешное иссечение опухоли [20]. Гигантская ФА встречается редко, при этом она характеризуется стремительным ростом, что в первую очередь вызывает психологический дискомфорт у больной, а также нарушает повседневную жизнедеятельность. Как уже отмечалось, окончательный диагноз ФА устанавливается только после гистологического исследования. Поэтому очень важно своевременно клинически заподозрить ФА.

Первоначально больной выставили диагноз мастита, что привело к неэффективности лечения и ухудшению состояния. Мастит чаще клинически характеризуется болью, отеком, увеличением молочной железы. Но важно отметить, что мастит может протекать сходно с ФА в виде пальпируемого образования в молочной железе [21], что затрудняет диагностику. Для дифференциальной диагностики необходимо проведение УЗИ молочных желез и ПТАБ.

### Заключение

Фиброаденома – доброкачественная опухоль молочной железы, имеющая низкий риск малигнизации. Гигантская ФА – редкое явление, частота встречаемости – 0,5–2% всех ФА. Основным универсальным методом диагностики у детей и подростков является УЗИ молочной железы, поскольку маммография в данной возрастной группе небезопасна. Необходимо дифференцировать ФА от филоидной опухоли на предоперационной стадии, так как дальнейшая тактика ведения и лечения существенно различается. В связи с этим для постановки окончательного диагноза показана ПТАБ с последующим гистологическим исследованием. Описанный клинический случай свидетельствует о необходимости регулярного наблюдения у гинеколога, в том числе девочек-подростков. В обязательном порядке надо проводить осмотр, пальпацию и УЗИ молочных желез для своевременного выявления новообразования и исключения его стремительного роста. ❧





## Литература

1. Erickson L.A., Chen B. Fibroadenoma of the breast. *Mayo Clin. Proc.* 2020; 95 (11): 2573–2574.
2. Stachs A., Stubert J., Reimer T., Hartmann S. Benign breast disease in women. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2019; 116 (33–34): 565–574.
3. Гомыдова И.И., Бигеева А.Н. Фиброаденома молочной железы. Описание клинического случая. Молодой ученый. 2019; 20 (258): 165–167.
4. Tan B.Y., Tan P.H. A diagnostic approach to fibroepithelial breast lesions. *Surg. Pathol. Clin.* 2018; 11 (1): 17–42.
5. Basara A.I., Balci P. Fibroadenomas: a multidisciplinary review of the variants. *Clin. Imaging.* 2021; 71: 83–100.
6. Loke B.N., Md Nasir N.D., Thike A.A., et al. Genetics and genomics of breast fibroadenomas. *J. Clin. Pathol.* 2018; 71 (5): 381–387.
7. Tan P.H. Fibroepithelial lesions revisited: implications for diagnosis and management. *Mod. Pathol.* 2021; 34 (Suppl 1): 15–37.
8. Koksall H., Ates D., Kara B. Breast complaints in children and the effect of family history. *Pediatr. Int.* 2021; 63 (3): 279–283.
9. Чундокова М.А., Голованев М.А., Корчагина Н.С. и др. Фиброаденома молочной железы у девочек. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020; 16 (3): 47–55.
10. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е. и др. Анализ гинекологической заболеваемости девочек и девушек города Москвы. Проблемы репродукции. 2017; 6: 60–65.
11. Шарков С.М., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О., Щукина Н.Д. Организация мероприятий по профилактике и ранней диагностике гинекологических заболеваний детей и подростков. Российский педиатрический журнал. 2019; 22 (1): 38–41.
12. Brownstone N.D., Celie K.B., Spigland N.A., Otterburn D.M. Pediatric breast fibroadenomas: a systematic review and algorithm for treatment. *Ann. Plast. Surg.* 2019; 83 (5): 601–605.
13. Гуменюк О.И. Фиброаденома молочных желез у девочек-подростков (клинические наблюдения). Исследования и практика в медицине. 2018; 5 (S1): 30.
14. Akin I.B., Balci P. Fibroadenomas: a multidisciplinary review of the variants. *Clin. Imaging.* 2021; 71: 83–100.
15. Celik S.U., Besli Celik D., Yetiskin E., et al. Giant juvenile fibroadenoma of the breast: a clinical case. *Fibroadenoma gigante juvenil de mama: presentación de un caso clínico.* *Arch. Argent. Pediatr.* 2017; 115 (6): e428–e431.
16. Sosin M., Feldman E. Giant juvenile fibroadenoma: a case and review of novel modalities in treatment. *Breast Dis.* 2012; 34 (1): 35–38.
17. Matz D., Kerivan L., Reintgen M., et al. Breast preservation in women with giant juvenile fibroadenoma. *Clin. Breast Cancer.* 2013; 13 (3): 219–222.
18. Zeeshan S., Shaikh K., Tariq M.U., Vohra L.M. Giant juvenile fibroadenoma of the breast in a 13-year-old Pakistani girl with excellent cosmetic outcome after subareolar enucleation – a case report. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2021; 79: 450–454.
19. Jategaonkar P.A., Jategaonkar S.P., Yadav S.P. Super-giant juvenile breast fibroadenoma: world's first case. *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* 2018; 28 (3): 257–258.
20. Islam S., Saroop S., Bheem V., Naraynsingh V. Largest giant juvenile fibroadenoma of the breast. *BMJ Case Rep.* 2019; 12 (1): e227277.
21. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е. и др. Лечение маститов у девушек-подростков. Лечащий врач. 2017; 6: 12–15.

### Giant Juvenile Fibroadenoma of the Breast in a 13-Year-Old Girl: a Case Report. Diagnostic Features

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2,3</sup>, I.V. Karachentsova, PhD<sup>1</sup>, I.A. Melenchuk<sup>1</sup>, D.Yu. Gripas<sup>2</sup>, S.K. Ukolova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>2</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Contact person: Irina V. Karachentsova, 5053104@list.ru

*The article describes a clinical case of giant fibroadenoma in a 13-year-old girl, whose size was 20 cm, as well as a brief review of the scientific literature on benign neoplasms of the mammary glands in young patients. Giant fibroadenomas account for 0.5 to 2% of all fibroadenomas. In children and adolescents, ultrasound of the mammary glands is the main method of diagnosing fibroadenoma. Fibroadenoma needs to be differentiated from a phylloid tumor, which is clinically no different from fibroadenoma, but at the same time it has a high risk of malignancy. To make a final diagnosis, a puncture fine needle aspiration biopsy is additionally performed.*

**Key words:** case report, giant fibroadenoma, benign breast formation, adolescence

<sup>1</sup> Московский  
государственный  
медико-  
стоматологический  
университет  
им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская  
детская клиническая  
больница  
Российского  
национального  
исследовательского  
медицинского  
университета  
им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский  
национальный  
исследовательский  
медицинский  
университет  
им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Морозовская  
детская городская  
клиническая больница

<sup>5</sup> Первый Московский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. И.М. Сеченова

# Гигантская опухоль яичника у 16-летней девочки

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 2, 3</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>2, 3</sup>,  
С.М. Шарков, д.м.н., проф.<sup>4, 5</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>, Е.В. Павлова<sup>3</sup>

Адрес для переписки: Елизавета Валерьевна Павлова, pavlova.elizaveta1999@gmail.com

Для цитирования: Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Шарков С.М. и др. Гигантская опухоль яичника у 16-летней девочки. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 64–69.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-64-69

*Опухоли яичников являются важной и актуальной проблемой современной гинекологии. Это обусловлено трудностями диагностики новообразований из-за отсутствия характерных жалоб и частым бессимптомным течением. Детским хирургам и детским гинекологам следует проводить дифференциальную диагностику между опухолями яичников и опухолями брюшной полости и забрюшинного пространства с целью своевременной диагностики и лечения новообразований и предупреждения возможной врачебной ошибки. В статье представлен показательный клинический случай возникновения гигантской муцинозной цистаденомы яичника у девочки-подростка, требующей проведения дифференциальной диагностики с образованиями иной локализации. Пациентка Ф., 16 лет, поступила в стационар по направлению из одного из регионов РФ. Причиной обращения пациентки к гинекологу по месту жительства послужили боли в нижних отделах живота в течение месяца и увеличение размеров живота. Пациентку направили в стационар для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Проведено радикальное оперативное лечение – удаление кисты левого яичника с использованием видеоэндоскопических технологий.*

**Ключевые слова:** гинекология, муцинозная цистаденома, доброкачественные опухоли яичников, опухоли брюшной полости, дифференциальная диагностика

## Актуальность

Новообразования органов малого таза являются важной и актуальной проблемой современной медицины. Данная патология затрагивает не только женщин, но и девочек до 18 лет [1]. Особое внимание следует обращать на доброкачественные опухоли яичников – объемные образования из ткани яичников, возникающие в любом возрасте, снижающие репродуктивный потенциал и характеризующиеся риском малигнизации [2]. Важной составляющей репродуктивного потенциала девочки является состояние репродуктивной системы, а, согласно статистике, распространенность гинекологических заболеваний у детей – 300:1000 [3]. По данным различных источников, их частота среди всех опухолей половых органов за последние десять лет увеличилась с 6–11 до 19–25%. Согласно американской базе данных, частота новых случаев составляет 11,7:100 000

женщин в год [4, 5]. У детей они встречаются реже, чем у взрослых, – 1–4,6% случаев [6]. В последние годы в медицинской литературе сообщается об увеличении частоты встречаемости опухолей яичников у девочек, что может быть объяснено тенденцией к более раннему началу полового созревания, повышением обращаемости и улучшением диагностических возможностей [7]. Нередко специалисты сталкиваются с трудностями в диагностике доброкачественных новообразований яичников, что связано с частым бессимптомным течением опухолей яичников. Поэтому крайне важно проводить профосмотры и комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (включая малый таз) в декретированные сроки. При гигантских размерах опухоли не исключено нарушение функции близлежащих органов: мочевого пузыря, прямой кишки, проявляющееся нарушением оттока мочи и акта дефе-



кации. Могут отмечаться нарушения менструального цикла [8]. Среди возможных осложнений выделяют перекрут ножки яичникового образования или придатков матки, разрыв, кровоизлияние, нагноение, нарушение функции тазовых органов, клинически проявляющиеся симптомами «острого живота». Обычно девочек с данными осложнениями экстренно госпитализируют в стационар с подозрением на аппендицит или иную острую хирургическую патологию [9].

### Дифференциальная диагностика

При выявлении новообразования в малом тазу специалисту необходимо провести дифференциальную диагностику опухоли яичника и опухолей других локализаций, в том числе забрюшинного пространства [10].

### Киста брыжейки

Распространенность опухолей брыжейки составляет 1:200–350 000 населения. На кистозные опухоли приходится 40–60%. Брыжеечные кисты необходимо дифференцировать с кистами яичника, общего желчного протока, поджелудочной железы, почек, селезенки, печени, сальника.

Лимфангиома – доброкачественная опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов. В большинстве случаев новообразование локализуется в подмышечной области и на шее, но иногда обнаруживается в забрюшинном пространстве, органах брюшной полости и брыжейке кишечника. Данная патология может протекать бессимптомно. Выявляется при развитии таких осложнений, как острая кишечная непроходимость, инфаркт стенки кишки, разрыв кисты в брюшную полость с развитием перитонита, а также при достижении гигантских размеров [11].

### Киста большого сальника

В сальнике могут обнаруживаться доброкачественные опухоли: кистома, фиброма, липома. Причина возникновения кисты большого сальника – закупорка лимфатических протоков или разрастание отщепившегося зачатка лимфатической ткани, не связанной с лимфатической системой. Стенка кисты тонкая, содержимое прозрачное. Кисты встречаются в любом возрасте, их объем различен – от 1 мл до 1 л и более. Клиническая картина зависит от размеров кисты (вздутие живота, чувство тяжести и дискомфорта при очень больших образованиях). Возможные осложнения кисты большого сальника – кишечная непроходимость, воспаление или перекрут кисты [12, 13].

### Энтерокистома

Энтерокистома – образование, возникающее вследствие облитерации обоих концов желточного протока и сохранившейся необлитерированной его средней части. Энтерокистома постепенно растягивается и заполняется секретом слизистой оболочки. В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно. Возможно развитие серьезных осложнений: кишечная непроходимость, инфицирование содержимого кисты [10].

### Опухоль почки

К доброкачественным опухолям почки, о которых сообщается в литературе, относятся аденома, ангиома, фиброма, миома и смешанная группа, состоящая из различных элементов других типов. Как правило, их подразделяют на две основные группы в зависимости от размера:

- 1) небольшие, часто множественные опухоли, варьирующиеся по размеру от микроскопических до 1–2 см в диаметре;
- 2) большие одиночные новообразования. Обнаруживаются в течение жизни и требуют хирургического лечения. При достижении опухолью больших размеров у пациентов отмечаются увеличение живота, снижение активности и аппетита, периодическая боль в животе [14].

### Непаразитарные кисты селезенки

Непаразитарные кисты селезенки встречаются достаточно редко. В структуре заболеваний селезенки на их долю приходится 0,5–2%. Они могут быть паразитарного или непаразитарного происхождения. Непаразитарные кисты классифицируются на первичные (истинные) и вторичные (ложные). Первичные кисты также называются истинными, врожденными, эпидермоидными или эпителиальными.

Первичные кисты селезенки составляют 10% всех доброкачественных непаразитарных кист селезенки и считаются наиболее частым типом кист селезенки у детей. Соединительнотканная оболочка истинных кист выстлана эндотелием или эпителием, а ложные кисты не имеют выстилки. Среди истинных кист выделяют: дилатационные (вследствие расширения сосудов); врожденные, образующиеся из-за отслойки зародышевого эндотелия брыжины и его погружения в ткань развивающейся селезенки; кисты опухолевого генеза (кистозно перерожденные лимфангиомы или гемангиомы, дермоидные и эпидермоидные кисты).

Причина образования ложных кист – травма с образованием крупной гематомы, которая подвергается аутолитическому распаду, вследствие чего образуется фиброзная капсула. Среди ложных кист различают воспалительные (вследствие малярии, туберкулеза и лейшманиоза) и дегенеративные, образующиеся вторично на фоне нарушения кровообращения [12].

Обычно кисты селезенки обнаруживаются случайно во время УЗИ. Появление симптомов напрямую связано не только с размером кисты, но и развитием осложнений. Когда кисты достигают больших размеров, у пациентов могут наблюдаться увеличение живота в области левого подреберья, местная или направленная боль, симптомы, вызванные сдавливанием соседних структур (например, тошнота, рвота, метеоризм, диарея), иногда осложнения, такие как инфицирование кисты селезенки, разрыв кисты с распространением ее содержимого в брюшную полость и/или кровотечение [15].

**Диагностика**

Для постановки диагноза используют следующие методы обследования: сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные диагностические исследования, инструментальную диагностику.

При проведении физикального обследования важны оценка роста, массы тела и индекса массы тела (ИМТ) в сопоставлении с параметрами центильных таблиц возрастных нормативов, определение стадии полового созревания по шкале Таннера с указанием балльной оценки состояния молочных желез (В1–5) и лобкового оволосения (Р1–5). Абдоминальная пальпация позволяет выявить вздутие живота, объемное образование органов брюшной полости или малого таза больших размеров. Наружный осмотр исключает образования и воспалительные заболевания вульвы, устанавливает правильность развития половых органов, их соответствие паспортному полу. Лабораторные диагностические исследования – определение уровня онкомаркеров. СА-125 – основной маркер, используемый для дифференциальной диагностики злокачественных опухолей яичников эпителиального генеза. Бета-ХГЧ – хорионический гонадотропин – маркер, который играет важную роль в диагностике герминогенных опухолей, особенно дисгермином, хорионкарцином и т.д. СА-19-9 может использоваться для диагностики метастатических поражений яичника (в последние годы применяется в диагностике истинных кист селезенки). НЕ-4 – дополнительный маркер эпителиального рака яичников, оценивается в сочетании с СА-125, высокочувствителен в определении рака яичников, даже на ранних стадиях заболевания. АФП – альфа-фетопротеин – патогномоничен для герминогенных опухолей, в частности опухолей желточного мешка. ЛДГ – лактатдегидрогеназа – специфический маркер для чистой дисгерминомы [16].

Инструментальная диагностика предусматривает проведение УЗИ органов малого таза (девuschкам, ве-



Рис. 1. Внешний вид пациентки Ф.

дущим половую жизнь, предпочтительно выполнение УЗИ органов малого таза трансвагинально). Компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ) не рекомендованы для первичного обследования при опухолях яичников. Однако при подозрении на злокачественную опухоль рекомендовано выполнение КТ брюшной полости и грудной клетки с контрастированием, а также МРТ брюшной полости с контрастированием.

Рассмотрим клинический случай с акцентом на дифференциальную диагностику опухолей яичника и новообразований иной локализации. Муцинозная цистаденома – кистозное образование яичника, относящееся к доброкачественным эпителиальным опухолям, составляет 20–25% всех доброкачественных опухолей яичника. Злокачественная трансформация возможна в 5–10% случаев. Муцинозная цистаденома может быть диагностирована в любом возрасте. Опухоль не характеризуется гормональной активностью и может достигать огромных размеров, занимая всю брюшную полость [17].

**Клинический случай**

Пациентка Ф., 16 лет, поступила по направлению от одного из регионов РФ в гинекологическое отделение. Причиной обращения к специалисту послужили боли в нижних отделах живота в течение месяца и увеличение размеров живота. По месту жительства проведено УЗИ органов малого таза: в проекции левого яичника выявлено объемное образование огромных размеров – более 20 см в диаметре, жидкостное, многокамерное. Предварительный диагноз: объемное образование малого таза, киста левого яичника (?). Через пять дней после УЗИ по месту жительства была проведена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием для уточнения локализации образования. Выявлено объемное образование, занимающее всю полость малого таза, – 20 × 10 × 23 см, вероятнее всего – опухоль левого яичника. Направлена в Российскую детскую клиническую больницу Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова для уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

Состояние пациентки при поступлении средней тяжести, сознание ясное. Температура тела 36,6 °С. Телосложение нормостеническое. Физическое развитие гармоничное. Рост – 163 см, вес – 60 кг, ИМТ – 22,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Цианоз отсутствует. Молочные железы развиты симметрично, ареолы без изменений, отделяемого нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. Печень и селезенка не увеличены. Живот увеличен в объеме, плотный, безболезненный (рис. 1). Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное.



Данные анамнеза: менструации с 11 лет, по 5–7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Ациклические выделения отрицает. Масса при рождении – 3710 г, длина – 54 см.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен, гимен эстрогенизирован, выделения слизистые скудные. Формула полового развития по Таннеру: Ma3 Pb3 Ax2 Me1. Двухручное исследование: весь малый таз и часть брюшной полости занимает образование тугоэластической консистенции, верхний полюс образования пальпируется на 7–8 см выше пупка, образование безболезненное при пальпации.

При поступлении выполнено УЗИ органов малого таза (рис. 2): весь малый таз и часть брюшной полости занимает образование гигантских размеров. Киста полностью не визуализируется, в связи с чем определить точные размеры не представляется возможным. Приблизительные размеры 200 × 100 × 230 мм. Образование многокамерное с перегородками, толщина перегородок до 3 мм. Содержимое жидкостное со взвесью. Матка резко оттеснена образованием книзу и кзади. Яичники отдельно от образования не визуализируются.

Общий анализ крови показал увеличение уровня базофилов до 0,7% (референсное значение 0–0,5%), моноцитов до 9,6% (референсное значение 3–9%), фракции незрелых ретикулоцитов до 10% (референсное значение 0,7–8,3%), повышение скорости оседания эритроцитов (метод Вестергрена) до 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: выявлены кетоновые тела, оксалаты, бактерии и эпителий плоский – 64 в поле зрения (референсное значение 0–5).

Биохимический анализ крови выявил понижение уровня аланинаминотрансферазы до 9 Ед/л (референсное значение 10–45 Ед/л).

Исследование на онкомаркеры: уровень СА-125 (32 Ед/мл), бета-ХГЧ (0,1 мМЕ/мл), АФП (0,84 нг/мл) в пределах референсных значений.

Результаты МРТ органов брюшной полости с внутривенным введением йодсодержащего контрастного препарата (Омнипак 350 100 мл): печень не увеличена, плотность при нативном исследовании соответствует 55–65 едН, очагов патологического накопления контрастного вещества не выявлено, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычно расположен, не увеличен, рентгенпозитивные конкременты не обнаружены. Поджелудочная железа обычно расположена, в размерах не увеличена, структура дольчатая с наличием участков жировой плотности. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована, парапанкреатические лимфатические узлы не увеличены. Контур ровные и четкие, структура паренхимы гомогенная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, паренхима однородная. Надпочечники обычной формы и положения, объемных образований не выявлено. Правая и левая почки расположены обычно, формы и размеры почек не изменены. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Мочевой пузырь среднего наполнения, стенки не утолщены. Клетчатка малого таза не инфи-

трирована. Матка не увеличена. В брюшной полости и малом тазу определяются сливающиеся образования с жидкостным содержимым, не реагирующие на введение контрастного вещества, с единичными тонкими стенками, общим размером 20 × 10 × 23 см, вероятнее всего исходящие из левого яичника (рис. 3). Размер правого яичника соответствует возрастной норме.



Рис. 2. УЗИ органов малого таза: кистозное образование левого яичника

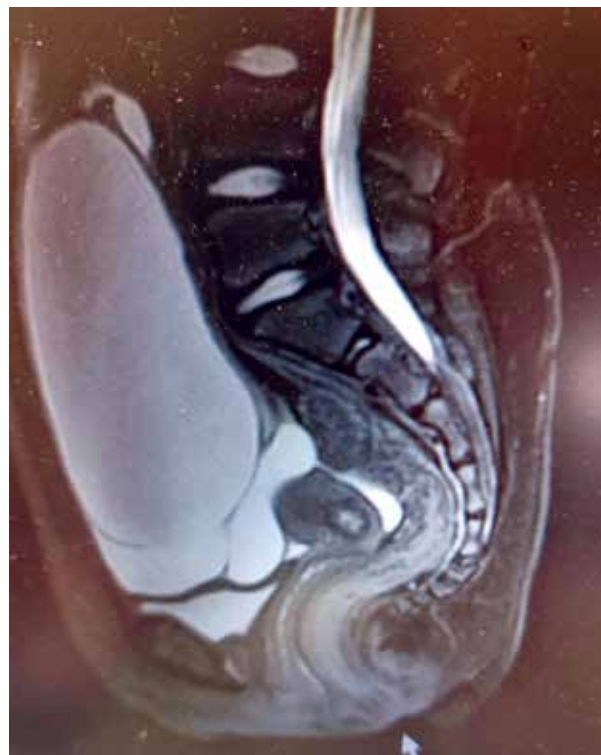


Рис. 3. МРТ-картина органов малого таза и гигантского образования, исходящего из левого яичника



Рис. 4. Лапароскопическая картина гигантской опухоли, исходящей из левого яичника

С учетом гигантских размеров образования, занимающего весь малый таз и часть брюшной полости, исходящего из левого яичника, и данных лабораторных и инструментальных методов обследования показано оперативное лечение. Проведено радикальное оперативное лечение – удаление кисты левого яичника с использованием видеоэндоскопических технологий (рис. 4).

В брюшной полости выпота нет. Печень не увеличена. Желчный пузырь в спавшемся состоянии. Круглая связка печени не утолщена, не отечна. Паритетальная и висцеральная брюшина во всех отделах не изменена. Петли тонкой и толстой кишок не расширены. Червеобразный отросток не изменен. Тело матки нормальной величины, серозный покров розовый. Левая маточная труба визуальна не изменена, фимбриальный отдел свободен. Левый яичник представлен образованием гигантских размеров, занимающим всю полость малого таза, с толстой капсулой, размерами 20 × 20 см, содержимое образования – муцин. Правая маточная труба визуальна не изменена, фимбриальный отдел свободен. Правый яичник – 3 × 4 см, не увеличен. Выполнена цистэктомия слева. Тупым и острым путем проведено вылушивание капсулы образования и стромы яичника. Гемостаз осуществлялся с помощью биполярной коагуляции. Брюшная полость промыта 200 мл 0,9%-ного физиологического раствора. Макропрепарат извлечен через левую апертуру в эндобаге, стенки кисты без особенностей, содержимое – муцин. Троякары из брюшной полости удалены. На кожу наложены внутрикожные швы, асептические наклейки. Выполнено гистологическое исследование.

Макроскопическое описание: оболочка вскрытой тонкостенной кисты, общий размер 20 × 10 × 23 см. Внутренняя поверхность тяжистая, белесоватого или синюшного цвета. На разрезе более плотные участки и кисты диаметром до 2 см, заполненные желеобразным содержимым. Микроскопическое описание: в исследованном материале ткань яичника с наличием многокамерного

кистозного образования. Стенка кистозной полости представлена волокнистой соединительной тканью. Просвет выстлан однорядным муцинозным эпителием без признаков цитологической атипичности, местами эпителий отсутствует. Эпителиоциты мноморфные с обильной слабозозинофильной цитоплазмой, на некотором протяжении эпителий формирует ворсиноподобные выросты. В структуре стенки определяются мелкие кисты, выстланные идентичным эпителием. Просвет части кист заполнен гомогенным эозинофильным содержимым. Митотическая активность не определяется. Проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к Cytokeratin 7, Cytokeratin 20, ER, PR. В эпителиальном компоненте отмечается экспрессия Cytokeratin 7, фокально – ER, PR.

Заключение: муцинозная цистаденома.

Интраоперационно выполнена антибиотикопрофилактика: цефоперазон + сульбактам (Сульцеф).

Послеоперационный период протекал гладко, осуществлялась симптоматическая терапия. При ухудшении состояния рекомендовано обезболивание: натрия метамизол + питофенон + фенпивериния бромид (Ревалгин) 2,0 мл внутримышечно (по требованию), при тошноте: метоклопрамид (Церукал) 2,0 мл внутримышечно. Пациентке назначено динамическое наблюдение у врача-гинеколога и хирурга, контроль УЗИ органов малого таза и общий анализ крови через месяц. Рекомендован контроль уровня онкомаркеров и половых гормонов.

### Заключение

Данный клинический случай подтверждает необходимость проведения дифференциальной диагностики заболеваний органов малого таза и заболеваний других органов и систем организма с целью своевременного выявления хирургической и гинекологической патологии и предотвращения неблагоприятных последствий. Педиатры и детские хирурги должны помнить, что при обращении к ним пациенток, даже раннего возраста, с жалобами на боль внизу живота необходима консультация врача-гинеколога. При обнаружении любого образования малого таза показана консультация гинеколога. При выявлении новообразования в полости малого таза или брюшной полости и сомнениях в локализации опухоли в половых органах применяются дополнительные визуализационные диагностические методики (КТ, МРТ брюшной полости и малого таза), а также требуется консультация хирурга, онколога, уролога и иных специалистов по показаниям. Только междисциплинарный подход к пациентке позволит обеспечить эффективную и своевременную диагностику и лечение гинекологических и хирургических заболеваний, исключение злокачественных новообразований и сохранение репродуктивного и общесоматического здоровья. 🍀

### Литература

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е. и др. Опухоли и опухолевидные образования придатков матки в практике детского гинеколога. Детская хирургия им. Ю.Ф. Исакова. 2016; 20 (6): 320–323.
2. Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В., Зиганшин А.М. Опухоли и опухолевидные образования яичников (диагностические и лечебные аспекты). Учебное пособие. Уфа: ООО «Первая типография», 2017.



3. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е. и др. Анализ гинекологической заболеваемости девочек и девушек в Москве. Проблемы репродукции. 2017; 23 (6): 60–65.
4. Гинекология. Учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Калашникова М.Ф., Лиходей Н.В., Тюльпаков А.Н. и др. Вирилизующая опухоль яичника: проблемы дифференциальной диагностики. Проблемы эндокринологии. 2019; 65 (4): 273–277.
6. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. и др. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2016; 22 (2): 73–77.
7. Соломатина А.А., Караченцова И.В., Волкова П. и др. Клинический случай гигантской муцинозной цистаденомы у девочки-подростка. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2019; 15 (3): 99–106.
8. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П., Гераськина С.Г. Абдоминальный болевой синдром у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки. Российский педиатрический журнал. 2015; 18 (3): 54–59.
9. Коршикова Р.Л., Харкевич О.Н., Секержицкая Л.А. и др. Особенности диагностики опухолей яичников у девочек от 0 до 18 лет. ГУ «Республиканский научно-практический центр „Мать и дитя“». Сб. науч. трудов и материалов респуб. научно-практич. конф. «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности», 2010; 32–36.
10. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В. и др. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек. Детская хирургия. 2018; 22 (3): 160–162.
11. Алтыев Б.К., Мирзакулов А.Г., Мадиев Р.З. и др. Лимфангиома брыжейки тонкой кишки. Вестник экстренной медицины. 2017; 1: 69–73.
12. Хирургия живота и промежности у детей. Атлас / под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
13. Разин М.П., Кулаева А.С., Лапшин В.И., Батуров М.А. Лапароскопия в лечении ребенка с гигантской псевдокистой большого сальника. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2019; 4: 94–98.
14. Foster D.G. Large benign renal tumors: a review of the literature and report of a case in childhood. J. Urol. 1956; 76 (3): 231–243.
15. Ingle S.B., Hinge Ingle C.R., Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. World J. Gastroenterol. 2014; 20 (38): 13899–13903.
16. Мартынов С.А. Современные онкомаркеры в дифференциальной диагностике опухолей яичников вне и во время беременности (обзор литературы). Гинекология. 2014; 16 (4): 63–67.
17. Шаабан А.М., Мениас К.О., Рецвани М. и др. Диагностическая визуализация в гинекологии. Пер. с англ. / под ред. А.Н. Сенча. В 3 т. М.: МЕДпресс-информ, 2018.

### A Giant Ovarian Tumor in a 16-Year-Old Girl

Ye. V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2,3</sup>, I.V. Karachentsova, PhD<sup>2,3</sup>, S.M. Sharkov, PhD, Prof.<sup>4,5</sup>, Yu.A. Kirillova<sup>2</sup>, Ye. V. Pavlova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> Morozovskaya Children's City Hospital

<sup>5</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Yelizaveta V. Pavlova, pavlova.elizaveta1999@gmail.com

*Ovarian tumors are an important and urgent problem of modern gynecology. This is due to the difficulties in diagnosing neoplasms due to the absence of characteristic complaints and frequent asymptomatic course. Pediatric surgeons, pediatric gynecologists should conduct differential diagnostics between ovarian tumors and tumors of the abdominal cavity and retroperitoneal space in order to timely diagnose and treat neoplasms and prevent possible medical error.*

*The article presents an indicative clinical case of the occurrence of giant mucinous ovarian cystadenoma in a teenage girl requiring differential diagnosis with formations of a different localization. Patient F, 16 years old, was admitted to the hospital in the direction of one of the regions of the Russian Federation. The reason for the patient's treatment to a gynecologist at the place of residence was pain in the lower abdomen for a month and an increase in the size of the abdomen. The patient was sent to the hospital to clarify the diagnosis and further treatment. Radical surgical treatment was performed: removal of the cyst of the left ovary using video endoscopic technologies.*

**Key words:** gynecology, mucinous cystadenoma, benign ovarian tumors, abdominal tumors, differential diagnosis

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Долгопрудненская центральная городская больница

<sup>5</sup> Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

## Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов при полном выпадении матки

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>2,3</sup>, К.С. Баранов<sup>4</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>, П.О. Никифорова<sup>5</sup>

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Баранов К.С. и др. Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов при полном выпадении матки. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 70–72.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-70-72

*Полное выпадение матки – часто встречающаяся патология у рожавших женщин старшего возраста. В настоящее время единого золотого стандарта хирургической тактики ведения женщин с полным выпадением матки не существует. На клиническом примере продемонстрировано, что операцией выбора считается влагалищная экстирпация матки без придатков. Это обусловлено меньшей частотой интраоперационных осложнений и особенностями течения послеоперационного периода, а также ранней активизацией и реабилитацией.*

**Ключевые слова:** влагалищная экстирпация, полное выпадение матки, пролапс тазовых органов, цистоцеле, ректоцеле

### Актуальность

На сегодняшний день пролапс является многофакторной проблемой и выявляется, по некоторым данным, у 41–50% женщин при физикальном обследовании. При этом только 3% женщин отмечают какие-либо симптомы [1].

На основании рекомендаций АСОГ выделяют пролапс передней стенки влагалища (цистоцеле), задней стенки влагалища (ректоцеле) и выпадение матки, которое иногда называют апиальным пролапсом. Цистоцеле, как правило, встречается в два раза чаще, чем ректоцеле, и в три раза чаще, чем выпадение матки.

Ведущей причиной пролапса является беременность, поскольку в норме опора тазового дна обеспечивается мышцей, поднимающей задний проход, и связочным аппаратом. В норме влагалище располагается в горизонтальной плоскости параллельно *m. levatorani* [2]. Во время родов влагалище смещается по вертикальной оси, что приводит к конфигурации соединительнотканного аппарата с последующими изменениями архитектоники связочного аппарата влагалища [3]. При биомеханическом моделировании доказано, что во втором периоде родов *m. levatorani* растягивается более чем на 200% сверх порога растяжения [4].

К другим этиологическим факторам относятся этническая принадлежность, возраст, паритет, повышенный индекс массы тела, системные заболевания соединительной ткани, гистерэктомия и пролапс у близких родственников [5]. Кроме того, выделяют причины экстрагенитального характера: хронический кашель, хронический запор и рутинный подъем

тяжестей. Ведущей акушерской причиной считаются оперативные влагалищные роды с применением акушерских щипцов и вакуум-экстрактора [5, 6].

Обычно симптомы при пролапсе тазовых органов включают в себя функциональные расстройства смежных органов малого таза. Это требует поиска оптимальных решений и участия смежных специалистов – урологов и проктологов [7]. Полиэтиологичность пролапса тазовых органов делает возможным применение широкого спектра консервативных методов лечения, включающих физические упражнения, лазерные и радиоволновые методики, объем-образующие препараты и др. [6, 8].

Обсуждая данную проблему, нельзя не сказать о «подводных камнях». В частности, речь идет о высоком проценте рецидивов: порядка 30% прооперированных женщин нуждаются в повторных операциях [9]. Как правило, это следствие неправильной хирургической тактики, недооценки степени пролапса и переоценки коллагенового потенциала связочного аппарата [10].

В настоящее время золотого стандарта лечения пролапса не существует. Известно множество методов коррекции, как консервативных, так и хирургических [6, 11].

При выборе тактики лечения хирург в первую очередь обращает внимание на возраст женщины. В более молодом возрасте следует выполнять максимально органосберегающие операции, позволяющие женщине реализовать впоследствии репродуктивную функцию и сохранить сексуальный потенциал. В более старшем возрасте предпочтение отдают улучшению качества жизни, подразумевающему комфорт и отсутствие рецидивирующего течения [12, 13].





### Клинический случай

Пациентка С. 66 лет европеоидной расы обратилась в декабре 2022 г. в Долгопрудненскую центральную городскую больницу для оперативного лечения полного выпадения матки и опущения стенок влагалища с формированием цисто- и ректоцеле.

Анамнез болезни: с 2012 г. наблюдалась у гинеколога с жалобами на опущение стенок влагалища. По рекомендации специалиста выполнялась гимнастика Кегеля. С 2017 г. пациентка отмечала прогрессирование пролапса (рис. 1).

На момент осмотра: жалобы на ощущение инородного тела в области промежности.

Физикальное обследование: выраженное выбухание передней стенки влагалища, сочетающейся с пролабированием передней стенки прямой кишки и диастазом леваторов порядка 3 см. Кашлевая проба отрицательная.

Проведены вагинальная гистерэктомия без придатков, кольпорафия, кольпоперинеолеворопластика. Операция выполнялась под спинномозговой анестезией, с помощью гидропрепаровки осуществлен субфасциальный разрез по средней линии передней стенки влагалища. Отсепарирована передняя стенка влагалища по средней линии вверх и латерально. Мочевой пузырь тупым путем отведен от передней поверхности шейки матки и смещен кверху. Пузырно-шеечные связки сначала пересечены, затем прошиты и перевязаны. Вскрыт задний свод. Наложены зажимы на крестцово-маточные и кардиальные связки с последующим пересечением и прошиванием. Отсепарирована брюшина в области пузырно-маточной складки. Клеммированы и лигированы концевые отделы маточных труб, собственные яичниковые связки, маточные сосуды и круглые связки матки. Тело матки удалено. При осмотре придатков все изменения соответствовали возрастной норме. Проведена перитонизация, культи связок связаны экстраперитонеально. Целостность стенок влагалища восстановлена викриловым швом.

На следующем этапе операции выполнен субфасциальный разрез по средней линии задней стенки влагалища. На ректо-вагинальную фасцию наложены сближающие швы, задняя стенка ушита непрерывным швом, промежность – косметическим (рис. 2). Кровопотеря составила 100 мл. Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование. По результатам выявлены лейомиомы с различной степенью фиброза и дистрофических изменений, наботовы кисты, хронический цервицит и хронический вагинит.

Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой на третьи сутки.

### Обсуждение

Данный клинический случай показывает, что при полном выпадении матки операцией выбора является влагалищная экстирпация без придатков.

Нами проведен поиск работ в электронной базе PubMed по ключевым словам: uterus prolapse, vaginal extirpation, vaginal hysterectomy, uterine descent. В результате найдено 16 систематических обзоров и метаанализов, посвященных сравнению лапароскопической гистерэктомии и вагинальной экстирпации матки без придатков.



Рис. 1. До оперативного вмешательства



Рис. 2. После оперативного вмешательства (первые сутки)

По мнению S.H. Lee и соавт., влагалищная экстирпация – операция выбора, поскольку продолжительность оперативного вмешательства и боль в послеоперационном периоде ниже [14, 15].

В метаанализе E.M. Sandberg и соавт. помимо указанных выше преимуществ отмечен более низкий процент перехода на лапаротомический доступ [16]. Одним из осложнений, ассоциированных с лапароскопической гистерэктомией, является ранение мочевого пузыря или мочеточников. По данным R.J. Detollenaere и соавт., риск выше на 1,8% [17]. При этом N. Johnson и соавт. приводят другой показатель – 2,61% [18].

Необходимо учитывать, что в рутинной практике врача акушера-гинеколога операцией выбора должно быть влагалищная экстирпация. Это обусловлено более низким риском интраоперационных осложнений. Еще одно преимущество – сравнительно ранняя активизация и меньшая потребность в анальгезии в раннем послеоперационном периоде [6, 13, 15].

## Заключение

На сегодняшний день единого золотого стандарта хирургического лечения пролапса тазовых органов не существует. При полном выпадении матки операцией выбора признана влагалищная гистерэктомия без при-

датков. Основными преимуществами данной операции являются продолжительность оперативного вмешательства, а также сравнительно короткая реабилитация, малая кровопотеря и самочувствие пациенток старшего и пожилого возраста в послеоперационном периоде. ❧

## Литература

1. Le Normand L., Cosson M., Cour F, et al. Clinical practice guidelines: synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* 2017; 46 (5): 387–391.
2. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Взгляд на патогенетические механизмы формирования пролапса тазовых органов. *Трудный пациент.* 2018; 16 (1–2): 9–15.
3. Weintraub A.Y., Gliner H., Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int. Braz J. Urol.* 2019; 46 (1): 5–14.
4. Meriwether K.V., Antosh D.D., Olivera C.K., et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 219 (2): 129–146.e2.
5. Камоева С.В., Савченко Т.Н., Иванова А.В., Абаева Х.А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2013; 7 (1): 17–21.
6. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Пивазян Л.Г., Мурватова К.К. Лечение пролапса органов малого таза и недержания мочи у женщин: систематический обзор. *Проблемы репродукции.* 2022; 28 (6): 75–80.
7. Jelovsek J.E., Maher C., Barber M.D. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007; 369 (9566): 1027–1038.
8. Burrows L.J., Meyn L.A., Walters M.D., Weber A.M. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2004; 104 (5 Pt 1): 982–988.
9. Солюянов М.Ю., Любарский М.С., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А. Ошибки и осложнения хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетических материалов. *Успехи современного естествознания.* 2012; 10: 48–52.
10. Barber M.D. Pelvic organ prolapse. *BMJ.* 2016; 354: 3853.
11. Reid F. Assessment of pelvic organ prolapse: a practical guide to the pelvic organ prolapse quantification. *Obstet. Gynaecol. Reprod. Med.* 2014; 24 (6): 170–176.
12. Deprest J.A., Meyn L.A., Walters M.D., Weber A.M. International Urogynecological Consultation (IUC): pathophysiology of pelvic organ prolapse (POP). *Int. Urogynecol. J.* 2022; 33 (7): 1699–1710.
13. Адамян Л.В., Сонова М.М., Сибирская Е.В. и др. Новое в лечении миомы матки. Учебно-методическое пособие. М., 2017; 34.
14. Lee S.H., Oh S.R., Cho Y.J., et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health.* 2019; 19 (1): 1–12.
15. Сибирская Е.В., Мовсесян М.Х., Мовсесян Э.Х. Симптом хронической тазовой боли у женщин с эндометриозом и миомой матки (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2018; 24 (5): 91–96.
16. Sandberg E.M., Twijnstra A.R.H., Driessen S.R.C., Jansen F.W. Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2017; 24 (2): 206–217.
17. Detollenaere R.J., den Boon J., Vierhout M.E., et al. Uterus preserving surgery versus vaginal hysterectomy in treatment of uterine descent: a systematic review. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2011; 155 (42): A3623–A3623.
18. Johnson N., Barlow D., Lethaby A., et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2005; 330 (7506): 1478.

## Surgical Correction of Pelvic Organ Prolapse Association with Total Uterine Prolapse

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2</sup>, I.V. Karachentsova, PhD<sup>2,3</sup>, K.S. Baranov<sup>4</sup>, Yu.A. Kirillova<sup>2</sup>, P.O. Nikiforova<sup>5</sup>

<sup>1</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> Dolgoprudny Central City Hospital

<sup>5</sup> N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

*Total prolapse of the uterus is a common pathology in older women who have given birth. To date, there is no single 'gold standard' in the surgical management of women with total uterine prolapse. Using the example of this case report, we would like to demonstrate that the operation of choice should be considered – vaginal extirpation of the uterus without appendages. This is due to the lower frequency of intraoperative complications and the peculiarities of the course of the postoperative period, as well as early activation and rehabilitation.*

**Key words:** vaginal extirpation, total uterine prolapse, pelvic organ prolapse, cystocele, rectocele



# Дифференциальная диагностика рака шейки матки в перименопаузе

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 2, 3</sup>, П.О. Никифорова<sup>4</sup>

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Никифорова П.О. Дифференциальная диагностика рака шейки матки в перименопаузе. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 73–75.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-73-75

*Перименопауза – период в жизни женщины, характеризующийся дефицитом эстрогена. Как следствие – атрофические изменения репродуктивной системы, напрямую коррелирующие с заболеваемостью раком шейки матки. На клиническом примере продемонстрировано, что грамотный осмотр помогает верифицировать диагноз до использования лабораторных и инструментальных методов диагностики.*

**Ключевые слова:** перименопауза, рак шейки матки, окклюзия цервикального канала

## Актуальность

Перименопауза – период в жизни женщины, предшествующий менопаузе и характеризующийся менопаузально-подобными симптомами. Согласно материалам семинара по стадиям репродуктивного старения STRAW, перименопауза соответствует стадии «-2» [1]. Этиопатогенез перименопаузы объясняется падением уровня эстрогенов, что влечет за собой дистрофию и атрофию всей репродуктивной системы женщины [2]. Атрофические изменения на фоне дефицита эстрогена способствуют формированию пролапса тазовых органов или прогрессированию уже имеющегося опущения [3, 4].

Наиболее ярко эти изменения выражены со стороны шейки матки. В клинической практике важно такие изменения уметь дифференцировать от злокачественных заболеваний [5–7].

К факторам риска, влияющим на развитие рака шейки матки в перименопаузе, относят снижение местного иммунитета, курение, дефицит витаминов А и С, травматизацию шейки матки во время родов или других медицинских манипуляций, генетическую предрасположенность, хроническое воспаление, а также заболевания, передаваемые половым путем [8–11].

Отличительной чертой перименопаузального периода является изменение границ переходной зоны на шейки матки, смещение ее границ в сторону цервикального канала, в результате чего влагалищная часть шейки матки полностью покрывается плоским эпителием взамен цилиндрического эпителия. Это необходимо учитывать при выполнении кольпоскопии [12, 13].

К другим особенностям перименопаузы относят окклюзию цервикального канала, которую необходимо учитывать при планировании медицинских вмешательств, подразумевающих его бужирование [14].

Дифференциальную диагностику злокачественных новообразований шейки матки в перименопаузе следу-

ет проводить с дисплазией шейки матки разной степени, наботковыми кистами, эктопиями, а также полипом цервикального канала, который может носить изъязвленный характер или иметь следы травматизации [15–17]. При этом важно собрать информацию о медицинских вмешательствах на шейке матки в анамнезе [15, 18].

## Клинический случай

Женщина С., 54 года, пришла к гинекологу на амбулаторный прием с выставленным ранее диагнозом рака шейки матки, подозрением на рак цервикального канала. На основании результатов магнитно-резонансной томографии и ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза заподозрено злокачественное образование цервикального канала.

Пациентка жаловалась на отсутствие менструаций в течение четырех месяцев, при этом отмечала единичный эпизод мажущих коричневатых выделений.

Данные осмотра пациентки: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, влагалище умеренно емкое. Матка в *anteversio flexio*, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки матки не пальпируются. Своды свободные. Выделения слизистые.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, гипертрофична, признаки окклюзии цервикального канала. Лабораторная диагностика: на момент осмотра уровень фолликулостимулирующего гормона – 17,3 мМЕ/мл. Уровень СА-125 в пределах физиологической нормы.

Цитологическое исследование с поверхности экзо- и эндоцервикса в пределах физиологической нормы.

Инструментальная диагностика: по данным УЗИ, размеры тела матки – 48 × 42 × 46 мм. Длина шейки матки – 44 мм, ширина – 34 мм (рис. 1). В проекции шейки матки визуализируется образование размерами 36 × 28 мм (рис. 2). Цервикальный канал закрыт.

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова



Рис. 1. УЗИ-картина



Рис. 2. Допплерографическая картина



Рис. 3. УЗИ-картина состояния шейки матки через месяц после первичного визита

Эндометрий однородный, толщина – 6 мм. В позадимаочном пространстве свободной жидкости нет. Правый яичник расположен типично, контур четкий, размер 25 × 19 × 22 мм, со скудным фолликулярным аппаратом. Левый яичник расположен типично, контур четкий, размер 56 × 49 × 52 мм, определяется гетерогенное образование размером 54 × 47 × 43 мм, цветовое доплеровское картирование (ЦДК) – в норме.

По данным УЗИ, выявлены признаки аденомиоза. Окклюзия цервикального канала, образование шейки матки, которое необходимо дифференцировать с раком шейки матки, а также УЗИ-признаки кисты желтого тела левого яичника. На основании данных цитологического исследования шейки матки, показателей онкологических маркеров (в пределах референсных значений), а также УЗИ-признаков образования в цервикальном канале установлен диагноз гематоцервикса. Дальнейшая тактика заключалась в бужировании цервикального канала, при зондировании которого выделилось 5 мл крови.

При повторном осмотре через месяц выполнено контрольное цитологическое исследование с поверхности экзо- и эндоцервикса, по результатам которого атипичных клеток не выявлено.

По данным УЗИ, тело матки – 48 × 38 × 39 мм, длина шейки матки – 32 мм, ширина – 30 мм. Цервикальный канал закрыт (рис. 3).

Эндометрий однородный, толщина – 4 мм. В позадимаочном пространстве свободной жидкости не определяется. Правый яичник расположен типично, контур четкий, размер – 23 × 14 × 21 мм, со скудным фолликулярным аппаратом. Левый яичник расположен типично, контур четкий, размер – 32 × 24 × 27 мм, определяется гетерогенное образование размером 21 × 22 × 19 мм, ЦДК – в норме.

На основании УЗИ выявлены признаки аденомиоза, а также УЗИ-признаки регресса кисты желтого тела левого яичника.

### Обсуждение

Окклюзия цервикального канала в перименопаузе – закономерное явление на фоне дефицита эстрогенов. Этот ключевой фактор необходимо учитывать при проведении различных манипуляций на шейке матки [19, 20].

Золотым стандартом диагностики рака шейки матки в качестве скрининга и на ранних стадиях является цитологическое исследование с поверхности экзо- и эндоцервикса [21]. Необходимо помнить, что чувствительность и информативность УЗИ возрастают на стадиях 3C1 и 3C2, согласно классификации FIGO, поскольку оценивается прорастание опухоли в подлежащие ткани и лимфатические узлы [22–24].

### Заключение

В повседневной практике клинициста физикальному обследованию отводится незаслуженно мало времени, что приводит к диагностическим ошибкам и формированию ложного представления об истинной злокачественности образования. Грамотный осмотр пациента помогает верифицировать критерии диагностического поиска до применения дополнительных методов диагностики. Вспомогательные методы исследования, такие как лабораторная и инструментальная диагностика, играют второстепенную роль при постановке диагноза. ❧



## Литература

1. Hale G.E., Robertson D.M., Burger H.G. The perimenopausal woman: endocrinology and management. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 2014; 142: 121–131.
2. Burger H.G., Dudley E., Mammers P., et al. Early follicular phase serum FSH as a function of age: the roles of inhibin B, inhibin A and estradiol. *Climacteric.* 2000; 3: 17–24.
3. Ansari M.K., Sharma P.P., Khan S. Pelvic organ prolapse in perimenopausal and menopausal women. *J. Obstet. Gynecol. India.* 2022; 72 (3): 250–257.
4. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Баранов К.С. и др. Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов при полном выпадении матки. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 70–72.
5. Rees M., Angioli R., Coleman R.L., et al. European Menopause and Andropause Society (EMAS) and International Gynecologic Cancer Society (IGCS) position statement on managing the menopause after gynecological cancer: focus on menopausal symptoms and osteoporosis. *Maturitas.* 2020; 134: 56–61.
6. Ulin M., Ali M., Chaudhry Z.T., et al. Uterine fibroids in menopause and perimenopause. *Menopause.* 2020; 27 (2): 238.
7. Süß H., Ehlert U. Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas.* 2020; 131: 48–56.
8. Delam H., Izanloo S., Bazrafshan M.-R., et al. Risk factors for cervical cancer: an epidemiological review. *J. Health Sci. Surv. Syst.* 2020; 8 (3): 105–109.
9. Zhang S., Xu H., Zhang L., Qiao Y. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chin. J. Cancer Res.* 2020; 32 (6): 720.
10. Kashyap N., Krishnan N., Kaur S., Ghai S. Risk factors of cervical cancer: a case-control study. *Asia Pac. J. Oncol. Nurs.* 2019; 6 (3): 308–314.
11. Goding Sauer A., Siegel R.L., Jemal A., Fedewa S.A. Current prevalence of major cancer risk factors and screening test use in the United States: disparities by education and race/ethnicity. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2019; 28 (4): 629–642.
12. Chandran V., Sumithra M.G., Karthick A., et al. Diagnosis of cervical cancer based on ensemble deep learning network using colposcopy images. *BioMed Res. Int.* 2021: 5584004.
13. Asyhar A.H. Implementation LSTM Algorithm for Cervical Cancer using Colposcopy Data. 2020 International Conference on Artificial Intelligence in Information and Communication (ICAIC). IEEE. 2020; 485–489.
14. Telang M., Tanvir T. Understanding the endometrium at menopause: a hysteroscopist's view. *J. Midlife Health.* 2021; 12 (3): 232.
15. Silverberg S.G., Ioffe O.B. Pathology of cervical cancer. *Cancer J.* 2003; 9 (5): 335–347.
16. Brennan A., Brennan D., Rees M., Hickey M. Management of menopausal symptoms and ovarian function preservation in women with gynecological cancer. *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2021; 31 (3): 352–359.
17. Lu R., Xiao Y., Liu M., Shi D. Ultrasound elastography in the differential diagnosis of benign and malignant cervical lesions. *J. Ultrasound Med.* 2014; 33 (4): 667–671.
18. Haldorsen I.S., Lura N., Blaakær J., et al. What is the role of imaging at primary diagnostic work-up in uterine cervical cancer? *Curr. Oncol. Rep.* 2019; 21: 77.
19. Valle R.F., Sankpal R., Marlow J.L., et al. Cervical stenosis: a challenging clinical entity. *J. Gynecol. Surg.* 2002; 18 (4): 129–143.
20. Roberts C.P., Rock J.A. Surgical methods in the treatment of congenital anomalies of the uterine cervix. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2011; 23 (4): 251–257.
21. Safaeian M., Solomon D., Castle P.E. Cervical cancer prevention – cervical screening: science in evolution. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2007; 34 (4): 739–760.
22. Fischerova D. Ultrasound scanning of the pelvis and abdomen for staging of gynecological tumors: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 38 (3): 246–266.
23. Alcázar J.L., García E., Machuca M., et al. Magnetic resonance imaging and ultrasound for assessing parametrial infiltration in cervical cancer. A systematic review and meta-analysis. *Med. Ultrason.* 2020; 22 (1): 85–91.
24. Fischerová D., Cibula D. The role of ultrasound in primary workup of cervical cancer staging (ESGO, ESTRO, ESP cervical cancer guidelines). *Ceska Gynkol.* 2019; 84 (1): 40–48.

### Differential Diagnosis of Cervical Cancer in Perimenopause

Ye. V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2,3</sup>, P.O. Nikiforova<sup>4</sup>

<sup>1</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

*Perimenopause is a period in a woman's life characterized by estrogen deficiency, leading to atrophic changes in the reproductive system, which are directly correlated with the incidence of the cervical cancer. Using the example of this case report, we would like to demonstrate that a competent examination helps to verify the diagnosis, before using laboratory and instrumental diagnostic methods.*

**Key words:** perimenopause, cervical cancer, cervical stenosis

# Вагинальные инфекции. Рациональные решения на пути преодоления терапевтических неудач

*Лечение вагинальных инфекций не всегда эффективно, что связано с увеличением антибиотикорезистентных видов микроорганизмов, изменением клинического течения инфекционного процесса с тенденцией к рецидивированию. Рассмотрению рациональных терапевтических подходов к лечению пациенток с вагинальными инфекциями было посвящено выступление д.м.н., профессора кафедры акушерства и гинекологии Казанской государственной медицинской академии – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Татьяны Петровны ЗЕФИРОВОЙ.*

Патологические влажностные выделения являются основным поводом обращения пациенток к амбулаторным специалистам. Актуальность проблемы также обуславливает возрастающая частота рецидивирующего течения вагинальных инфекций у женщин репродуктивного возраста. Одна из причин рецидивов может быть связана с неадекватной диагностикой инфекций, передаваемых половым путем. Между тем более чем у 80% женщин моложе 35 лет воспаление связано с сексуально-трансмиссионными инфекциями. Поэтому без точного этиологического диагноза невозможно назначить эффективное лечение.

Нередко возбудителями вагинальных инфекций являются ассоциации этиологических агентов. В связи с этим терапия таргетными препаратами без учета смешанного характера инфекции может стать еще одной причиной рецидива заболевания.

Современная эмпирическая терапия вагинальных инфекций предусматривает применение лекарственных средств широкого спектра противомикробного действия. Но чрезмерное применение антибиотиков при вульвовагинальных инфекциях способствует развитию патологической микрофлоры и увеличению частоты рецидивов. Необоснованная антибактериальная терапия уменьшает микробное разнообразие, но не влияет на биопленки и формирует полимикробную резистентность<sup>1</sup>.

Сегодня критерием выбора оптимального препарата для местного лечения вагинальных инфекций различной этиологии помимо широкого спектра действия является сведение к минимуму развития антибиотикорезистентности. Не случайно актуальным становится выбор препаратов, в состав которых вместо антибиотика входит антисептик, по эффективности не уступающий антимикробным

средствам и не вызывающий привыкания при длительном применении.

К антисептикам, отвечающим всем современным требованиям, относится хлоргексидин. За весь период коммерческого использования и оценки свойств в научных исследованиях не получено убедительных доказательств образования хлоргексидин-резистентных микроорганизмов. Хлоргексидин характеризуется широким спектром противомикробного действия, эффективно элиминирует грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы (включая анаэробы), подавляет грибы рода *Candida* и простейшие<sup>2</sup>.

Бактерицидное действие поликатионного антисептика хлоргексидина обусловлено наличием положительного заряда, который нейтрализует отрицательный заряд мембраны бактериальной клетки, изменяя ее проницаемость и осмотическое равновесие<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Gholiouf M., Adamson-De Luca E., Wessels J.M. The female reproductive tract microbiotas, inflammation and gynecological conditions. *Front. Reprod. Health.* 2022; 4: 963752.

<sup>2</sup> Савичева А.М., Спаськова Е.М., Шалепов К.В. Исследование чувствительности клинических изолятов микроорганизмов, выделенных из урогенитального тракта женщин, к действующим веществам, входящим в состав препарата Депантол. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2019; 19 (1): 86–91.

<sup>3</sup> Селихова М.С., Костенко Т.И., Смольянинов А.А. Рационализация терапии вагинальных инфекций – выбор гинеколога. *РМЖ. Мать и дитя.* 2022; 5 (1): 41–46.

# ДЕПАНТОЛ®

(хлоргексидин+декспантенол)

Борется с большинством видов вагинальных инфекций без гормонов и антибиотиков

Тройное действие:

- 1 Противомикробное
- 2 Регенерирующее
- 3 Противовоспалительное



Разрешен во время беременности и лактации

Краткая информация из инструкции по медицинскому применению препарата Депантол (хлоргексидин+декспантенол). Форма выпуска: суппозитории вагинальные 16 мг+100 мг. Показания к применению: Для лечения острых и хронических вагинитов, бактериального вагиноза, эндо-/экзоцервицитов, истинных эрозий шейки матки специфической этиологии (в составе комплексной терапии), Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в акушерстве и гинекологии: перед оперативным лечением гинекологических заболеваний, перед родоразрешением, перед медицинским прерыванием беременности, перед внутриматочными обследованиями (в т.ч. гистероскопия, гистеросальпингография), перед установкой внутриматочного контрацептива. Для улучшения регенерации слизистой оболочки влагалища и шейки матки: после деструктивных методов лечения (в т.ч. диатермокоагуляция, криодеструкция, лазеродеструкция), в послеоперационном периоде, в послеродовом периоде. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата. Способ применения и дозы: Интравагинально. Вводить по 1 суппозиторию 2 раза/сут в течение 7-10 дней. При необходимости возможно продление курса лечения до 20 дней. Побочные действия: возможны сыпь, зуд, в очень редких случаях (~0.0001%) - реакции повышенной чувствительности, включая тяжелые аллергические реакции и анафилаксию, возможно жжение. Срок годности: 2 года. Условия отпуска: без рецепта. Рег. номер: ЛСР-003902/07. За дополнительной информацией обращаться: АО «Нижфарм», 603105, РФ, г. Нижний Новгород, ул.Салганская, 7

STADA

Заботимся  
о здоровье людей

март 2023

РФ-6032503302-0248

АО «Нижфарм», 603105, РФ, г. Нижний Новгород, ул.Салганская, 7

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Препарат Депантол предназначен для лечения острого и хронического вагинитов, бактериального вагиноза, экзо- и эндоцервицитов, истинных эрозий шейки матки, а также для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений перед оперативным лечением, родоразрешением, прерыванием беременности, внутриматочными обследованиями. Депантол назначается для улучшения регенерации слизистой оболочки влагалища и шейки матки после деструктирующих методов лечения, в послеоперационном и послеродовом периодах

Кроме того, хлоргексидин не повреждает лактофлору влагалища. Доказано отсутствие негативного влияния хлоргексидина на лактобактерии. Клеточная стенка лактобактерий содержит ферменты (альдолазы и фосфокетоллазы), которые препятствуют сорбции хлоргексидина на поверхности и не дают ему повредить лактобациллы. Однако эти ферменты не способны разрушать транспортные протеины антибиотиков, поэтому гибель лактобацилл при использовании антибиотиков неизбежна<sup>3</sup>.

Еще одним значимым свойством хлоргексидина является его способность разрушать биопленки<sup>4</sup>. В настоящее время накоплена солидная доказательная база эффективности хлоргексидина в терапии вагинальных инфекций, профилактике внутрибольничных и неонатальных инфекций.

Важную роль в сохранении нормальной микрофлоры влагалища играет целостность эпителия, ко-

торая может быть нарушена при любом воспалительном и дисбиотическом процессе. Показано, что *Gardnerella vaginalis* колонизирует эпителиальные клетки влагалища и подготавливает условия для формирования биопленки<sup>5</sup>. Затем *Prevotella bivia* рекрутируется в биопленку, где микробы поддерживают друг друга. Обе эти бактерии продуцируют сиалидазу, разрушающую слизь и барьер. Другие вторичные колонизаторы способствуют повреждению и слущиванию эпителия, синтезу биогенных аминов. Эпителиальные клетки и рекрутированные иммунные клетки производят провоспалительные цитокины и хемокины, что может вызвать воспалительную реакцию.


Сегодня в арсенале акушеров-гинекологов имеется Депантол – комбинированный препарат тройного действия для лечения вагинита и цервицита различной этиологии. В состав Депантола входят антисептик хлоргексидин (16 мг) и декспантенол (100 мг) в качестве репаранта.

Декспантенол используется уже свыше 70 лет, демонстрируя способность увлажнять и укреплять эпителиальный покров, стимулировать регенерацию и заживлять раны. Недавно были открыты новые механизмы действия декспантенола, такие как способность увеличивать подвижность молекулярных компонентов эпителия, что важно для реализации барьерной функции, и модулировать экспрессию генов, необходимых для заживления ран<sup>6</sup>.

Благодаря уникальному сочетанию антисептика хлоргексидина и репаранта декспантенола Депантол оказывает противовоспалительное действие с благоприятным влиянием на параметры

местного иммунитета и регенерирующий эффект с восстановлением слизистой оболочки эпителия. Препарат Депантол предназначен для лечения острого и хронического вагинитов, бактериального вагиноза, экзо- и эндоцервицитов, истинных эрозий шейки матки, а также для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений перед оперативным лечением, родоразрешением, прерыванием беременности, внутриматочными обследованиями. Депантол назначается для улучшения регенерации слизистой оболочки влагалища и шейки матки после деструктирующих методов лечения, в послеоперационном и послеродовом периодах.

Согласно инструкции по медицинскому применению, препарат Депантол (суппозитории вагинальные) разрешен к использованию на любом сроке беременности и во время лактации. Схема приема: по одному суппозиторию интравагинально два раза в сутки в течение 7–10 дней. При необходимости курс можно продлить до 20 дней.

Установлено, что фундаментом вагинального здоровья является баланс между свойствами микрофлоры и способностью местных факторов обеспечивать ее контроль. Нарушение нормальной микрофлоры влагалища может стать причиной восходящего проникновения патогенов в половые органы женщины. Уникальное сочетание антисептика хлоргексидина и репаранта декспантенола позволяет эффективно элиминировать патогены, стимулировать репаративные процессы и восстанавливать целостность слизистой оболочки эпителия, успешно купируя воспаление. Это важно для предотвращения рецидивов заболевания. 

<sup>4</sup> Roy R., Tiwari M., Donelli G., Tiwari V. Strategies for combating bacterial biofilms: a focus on anti-biofilm agents and their mechanisms of action. Virulence. 2018; 9 (1): 522–554.

<sup>5</sup> Muzny C.A., Laniewski P., Schwebke J.R., Herbst-Kralovetz M.M. Host-vaginal microbiota interactions in the pathogenesis of bacterial vaginosis. Curr. Opin. Infect. Dis. 2020; 33 (1): 59–65.

<sup>6</sup> Proksch E., de Bony R., Trapp S., Boudon S. Topical use of dexpanthenol: a 70th anniversary article. J. Dermatolog. Treat. 2017; 28 (8): 766–773.





## Стресс у беременных и его влияние на перинатальный исход. Что в компетенции гинеколога?

*Выраженные психоэмоциональные переживания беременной негативно влияют на течение беременности и развитие плода. Профессор кафедры акушерства и гинекологии Казанской государственной медицинской академии – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н. Татьяна Петровна ЗЕФИРОВА рассказала о способах снижения риска развития психологического стресса у беременных.*

Одним из неблагоприятных последствий напряженного ритма жизни в современном обществе является увеличение стрессовых нагрузок. Повышенная тревожность, раздражительность, снижение работоспособности, подавленность, апатия, нарушение сна, боль различной локализации – проявления психологического стресса, который со временем способен привести к развитию клинической депрессии и соматическим заболеваниям.

Беременные, как и все, испытывают влияние разнообразных стрессорных факторов, и около 30% пациенток реализуют клинические проявления психологического стресса на разных этапах гестации. Известно, что в период пандемии COVID-19 этот показатель существенно возрос и превысил 50%<sup>1,2</sup>.

Некоторые категории беременных особенно подвержены психологическому стрессу, тревоге и даже депрессии. К их числу относятся, например, пациентки с историей невынашивания. Установлено, что тревожные и депрессивные расстройства у них возникают в 45 и 37% случаев

соответственно<sup>3</sup>. Те же тенденции демонстрируют женщины с многоплодной беременностью. Средний балл пренатального стресса динамично увеличивается у них от первого к третьему триместру<sup>4</sup>.

Реакция на воздействие стрессоров, способность быстро восстанавливать механизмы компенсации индивидуальны и во многом зависят от генетических детерминант<sup>5</sup>. Однако во всех случаях негативное влияние психологического стресса на течение беременности и ее исходы не подлежит сомнению. Типичными последствиями стресса являются нарушение внутриутробного развития плода, снижение его адаптационных возможностей. Как итог, повышается риск внутриутробной гипоксии, преждевременных родов, нередко отмечается низкая масса тела при рождении. Наименьшую устойчивость в этом аспекте демонстрируют плоды мужского пола, они чаще погибают внутриутробно, что существенно влияет на гендерную пропорцию живорожденных детей у женщин, перенесших стресс на этапе прекоцепции и во время беременности.

Так, на 150 девочек рождается только 100 мальчиков, в то время как в общей популяции соотношение носит обратный характер: на 100 девочек – 105 мальчиков<sup>6</sup>.

Постнатальное развитие детей также сопряжено с рядом проблем, характеризуется увеличением вероятности нарушений психомоторных отклонений, расстройств аутистического спектра, снижения интеллекта. F. Amici и соавт. (2020) изучали данные 373 пар «мать – ребенок» у женщин с психологическим стрессом во время беременности и отслеживали развитие детей до десятилетнего возраста. На основании полученных результатов было установлено, что негативное влияние внутриутробного стресса сохранялось на протяжении всего периода наблюдения<sup>7</sup>. Кроме того, у потомства повышается риск врожденной соматической патологии, в частности, возрастают шансы формирования врожденных пороков сердца<sup>8</sup>.

Неожиданностью оказалась способность пренатального стресса у женщины влиять на физическое и психическое здоровье ее внуков. В качестве возможного патогенетического меха-

<sup>1</sup> Loomans E.M., van Dijk A.E., Vrijkotte T.G.M., et al. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. Eur. J. Public Health. 2013; 23 (3): 485–491.

<sup>2</sup> Tomfohr-Madsen L.M., Racine N., Giesbrecht G.F., et al. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: a rapid review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2021; 300: 113912.

<sup>3</sup> Gao L., Qu J., Wang A.Y., et al. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. J. Reprod. Infant. Psychol. 2020; 38 (5): 497–508.

<sup>4</sup> Wang W., Wen L., Zhang Y., et al. Maternal prenatal stress and its effects on primary pregnancy outcomes in twin pregnancies. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2020; 41 (3): 198–204.

<sup>5</sup> Keenan K., Hipwell A.E., Class Q.A., Mbayiwa K. Extending the developmental origins of disease model: impact of preconception stress exposure on offspring neurodevelopment. Dev. Psychobiol. 2018; 60 (7): 753–764.

<sup>6</sup> Walsh K., McCormack C.A., Webster R., et al. Maternal prenatal stress phenotypes associate with fetal neurodevelopment and birth outcomes. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2019; 116 (48): 23996–24005.

<sup>7</sup> Amici F., Röder S., Kiess W., et al. Maternal stress, child behavior and the promotive role of older siblings. BMC Public Health. 2022; 22 (1): 863.

<sup>8</sup> Gu J., Guan H.-B. Maternal psychological stress during pregnancy and risk of congenital heart disease in offspring: a systematic review and meta-analysis. J. Affect. Disord. 2021; 291: 32–38.

низма подобного сценария обсуждается нарушение метилирования ряда аннотированных генов. Потенциальными последствиями, связанными с экспрессией генов-кандидатов, могут, в частности, стать заболевания сердечно-сосудистой системы, пороки развития желудочно-кишечного тракта и скелета, депрессия у потомства через поколение<sup>9</sup>.

Задачей акушера-гинеколога как лечащего врача является внимательная оценка признаков повышенной тревожности и стресса у наблюдаемых им беременных, а также своевременная рекомендация по консультированию у клинического психолога, который с помощью специальных тестов оценит состояние женщины и выберет для нее подходящие немедикаментозные методы преодоления стресса. Эффективность многих из них на сегодняшний день доказана. Речь, в частности, идет о занятиях йогой, физических нагрузках, медитации, эмоциональном письме.

В компетенции акушера-гинеколога также находится обеспечение рациональной фармакологической поддержки своей пациентки. Как известно, предупредить развитие психологического стресса помогают витамины группы В. В систематическом обзоре L.M. Young и соавт. (2019) на примере 958 наблюдений представлены доказательства пользы добавок витаминов группы В (одновременный прием не менее трех витаминов этой группы) для профилактики депрессии и тревожных состояний у здоровых групп населения и групп риска<sup>10</sup>. Патогенетическая основа протективного эффекта данных витаминов уже очевидна: они действуют как кофакторы в синтезе и регуляции дофаминергических

и серотонинергических нейротрансмиттеров. Эти нейромедиаторы участвуют в регуляции настроения, снижении тревоги.

Еще большим преимуществом обладают витаминно-минеральные комплексы. Исследование J. Du и соавт. (2016) показало, что комплекс микронутриентов, включая витамины группы В, фолиевую кислоту, витамин С, цинк, а также омега-3 жирные кислоты, может улучшить нейрокогнитивную функцию и иметь терапевтические преимущества при лечении тревоги и депрессии<sup>11</sup>.

И это не случайно. Ведь известно, что ряд важных физиологических функций витаминов и микроэлементов реализуется только при условии их синергизма<sup>12</sup>.

Сегодня витаминно-минеральные комплексы (при условии содержания в них всех компонентов исключительно в профилактических дозах, не превышающих дневную потребность) рассматриваются в качестве компонента лечебного питания, которое требуется для решения терапевтических и профилактических задач и обеспечения здорового образа жизни. Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», лечащий врач (например, акушер-гинеколог) наряду с рекомендациями по здоровому образу жизни вправе назначать зарегистрированные в России биологически активные добавки как источник микронутриентов для профилактики или устранения дефицита макро- и микроэлементов.

В последние годы интерес к использованию витаминно-минеральных комплексов во время прегравидарной подготовки и на всех этапах бе-

ременности неуклонно возрастает. Это связано с появлением большого количества убедительных данных о том, что подобная тактика эффективнее, чем назначение изолированных добавок фолиевой кислоты и железа. Согласно результатам анализа 72 исследований, в которых оценивали исходы родов 451 723 женщин начиная с 1995 г., при использовании витаминно-минеральных комплексов улучшаются ключевые показатели, такие как процент преждевременных родов, недоношенности и низкой массы тела плода<sup>13</sup>.

В этой связи особый интерес представляет витаминно-минеральный комплекс Витрум Пренатал Плюс, который содержит все важные витамины и минералы, необходимые для беременных и кормящих женщин, а также для тех, кто только планирует беременность. Особо следует выделить усиленный состав витаминов группы В, так необходимых для профилактики тревоги и стресса. Дозы всех компонентов приближены к суточной потребности беременных и не создают предпосылок для перегрузки. Еще одним преимуществом комплекса Витрум Пренатал Плюс является отсутствие в составе таблетки красителей и ароматизаторов. «Рационально подобранный спектр витаминов и минералов в виде безопасных хелатных соединений, представленный в рекомендованных дозах, а также отсутствие дополнительных компонентов, влияющих на органолептические свойства, позволяет рекомендовать комплекс Витрум Пренатал Плюс и для профилактики витаминно-минерального дефицита, и для снижения уровня тревоги и стресса у беременных», – подчеркнула профессор Т.П. Зефирова в заключение. 🍀

<sup>9</sup> Serpeloni F., Radtke K., de Assis S.G., et al. Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. *Transl. Psychiatry*. 2017; 7 (8): e1202.

<sup>10</sup> Young L.M., Pipingas A., White D.J., et al. A systematic review and meta-analysis of b vitamin supplementation on depressive symptoms, anxiety, and stress: effects on healthy and 'at-risk' individuals. *Nutrients*. 2019; 11 (9): 2232.

<sup>11</sup> Du J., Zhu M., Bao H., et al. The role of nutrients in protecting mitochondrial function and neurotransmitter signaling: implications for the treatment of depression, PTSD, and suicidal behaviors. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr*. 2016; 56 (15): 2560–2578.

<sup>12</sup> Godswill A.G., Somtochukwu I.V., Ikechukwu A.O., Kate E.C. Health benefits of micronutrients (vitamins and minerals) and their associated deficiency diseases: a systematic review. *Int. J. Food Sci.* 2020; 3 (1): 1–32.

<sup>13</sup> Oh C., Keats E.C., Bhutta Z.A. Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2020; 12 (2): 491.



D3

Zn

C

**Витрум Пренатал Плюс – максимум\*** важных витаминов и минералов для здоровья матери и формирования здорового и умного ребенка

*В НОВОЙ  
УПАКОВКЕ!*



E

**1 таблетка содержит ПОЛНЫЙ\* НАБОР из 13 витаминов, 8 минералов**

**Рекомендован:**

- ♥ на протяжении всей беременности
- ♥ при подготовке к зачатию
- ♥ в период грудного вскармливания

Fe



POS-20240331-0288

\* В линейке Витрум 102436

Реклама

БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

СОГР АМ.01.07.01.003.R.000599.06.22 от 20.06.2022 г.

## Эволюция терапии вульвовагинальных инфекций. Новые возможности

На симпозиуме обсуждались особенности диагностики, течения и терапии инфекционно-воспалительных заболеваний вульвы и влагалища как наиболее распространенной гинекологической патологии.

Рассматривались возможности лечения вульвовагинальных инфекций локальными препаратами комплексного действия, эффективными в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов.

### Особенности консультирования пациенток с вагинальными выделениями

Вагинальные выделения остаются одним из самых частых поводов обращения женщин к гинекологу. Однако, как отметила Ирина Геннадьевна ШЕСТАКОВА, к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования Российского университета дружбы народов, у женщин репродуктивного возраста в норме объем физиологических выделений за сутки составляет 1–4 мл белой или прозрачной жидкости различной вязкости, чаще без запаха. В состав выделений входят эпителиальные клетки, цервикальная слизь, нормальная вагинальная микрофлора и вагинальный трансудат. На характер и количество выделений влияют день менструального цикла, прием комбинированных оральных контрацептивов, диета, сексуальная активность, стресс. В ряде случаев нормой считаются выделения желтого цвета. Но при этом отсутствуют зуд, боль, жжение, выраженное раздражение, эритема, локальные эрозии. Физиологическая лейкоррея у здоровых женщин способна вызвать вульвовагинальный дискомфорт. После исключения патологических причин пациенткам необходимо объяснять, что изменение объема и свойств вагинальных выделений – норма. Подобное изменение может быть обусловлено

нарушением пищевого режима, сексуальной активностью, приемом препаратов и др.

В большинстве случаев (90%) причинами вульвовагинального дискомфорта и патологических выделений из влагалища являются бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз (ВВК), трихомониаз, а также смешанные вульвовагинальные инфекции (ВВИ). Реже дискомфорт во влагалище могут вызвать вагинальная атрофия, атрофический вагинит, цервицит, аллергия на мыло или семенную жидкость, системные заболевания (диабет, склеродермия), о чем должен знать практикующий врач<sup>1</sup>.

Обследование пациентки начинается со сбора анамнеза, осмотра и исключения наиболее частых причин (БВ, ВВК, трихомониаз). Если причина не найдена, необходимо исключить редкие причины (аллергия, инородное тело и др.).

У пациентки с рецидивирующими выделениями следует проанализировать результаты последних анализов, исключить неверный диагноз при последнем эпизоде и проанализировать его лечение. После этого проводят обследование для исключения БВ, ВВК, трихомониаза, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), генитально-герпеса, аэробного вагинита.

Даже после успешного лечения рецидивы БВ в 30% случаев возника-

ют в течение первых трех месяцев, в 50% случаев – в течение года. Причины – реинфекция, недостаточное подавление избыточного роста условно-патогенных микроорганизмов, недостаточное восстановление лактобактерий, биопленки *Gardnerella vaginalis*, длительная супрессивная терапия. У 75% женщин в течение жизни возникает как минимум один эпизод ВВК, но только в 9% случаев отмечается рецидивирующий ВВК (не менее четырех эпизодов в год). Причина развития ВВК у 90% женщин заключается в росте *Candida albicans*. К провоцирующим факторам относятся антибиотикотерапия, беременность, сахарный диабет, прием иммунодепрессантов. Иногда симптомы возникают при низкой концентрации *Candida*, что может быть связано с аллергической или воспалительной реакцией на дрожжи.

Диагностика вульвовагинальных инфекций (микроскопия мазков, полимеразная цепная реакция (ПЦР), микробиологические посевы) выполняется не во время менструации. Необходимо учитывать, что воспалительные заболевания вульвы и влагалища, БВ являются противопоказаниями для проведения кольпоскопии и ПАП-теста. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого остается наиболее доступным методом диагностики вагинальных инфекций. Однако общий мазок позволяет идентифицировать только десять морфотипов. Многие виды этиологически значимых облигат-

<sup>1</sup> Workowski K.A., Bolan G.A.; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm. Rep. 2015; 64 (RR-03): 1–137.

VIII Общероссийский семинар  
«Репродуктивный потенциал России: весенние контраверсии»

ных и условно-облигатных возбудителей выявить невозможно.

У пациенток с вагинальными выделениями и вульвовагинальным дискомфортом необходимо исключить наличие ИППП. Методом ПЦР в режиме реального времени проводят тесты на выявление четырех основных возбудителей: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*.

Посев из влагалища дает количественную характеристику, идентифицирует микроорганизм до вида и определяет чувствительность выделенного штамма к лекарственным препаратам. Между тем с помощью данного метода трудно выявить условно-патогенные анаэробные микроорганизмы.

Важно правильно оценивать результаты исследований. Например, микроскопическое исследование мазка показало наличие лактоморфотипов в умеренном количестве, грамположительных коккобацилл – в большом количестве, отсутствие трихомонад и гонококков. Наличие умеренного или сниженного количества лактобактерий, единичных грамотрицательных и грамположительных бактерий характерно для «промежуточного» типа биоценоза влагалища. «Промежуточный» тип влагалища может наблюдаться у здоровых женщин, в частности накануне менструального цикла или в последние дни менструации. Одной из важных причин недостаточной эффективности лечения амбулаторных пациенток с вульвовагинальным дискомфортом считается низкая приверженность терапии. Только половина пациенток соблюдает назначения врача, при-

чем женщины редко уведомляют его о прекращении приема препарата. Результаты опроса 440 пациенток с вагинозом или смешанным вагинитом показали, что 54% женщин прекращали прием препарата, завершив терапевтический курс вследствие купирования симптомов. Приоритетным для большинства женщин был короткий курс терапии – три дня.

Короткий курс лечения, удобство применения и эффективность в отношении широкого спектра патогенов – приоритетные условия при выборе препарата для терапии вагинальных инфекций. Указанным требованиям соответствует Гайномакс Плюс – комбинированный препарат для интравагинального применения, действие которого обусловлено входящими в его состав тинидазолом (300 мг), тиоконазолом (200 мг), лидокаином (100 мг). Гайномакс Плюс показан к применению при БВ, кандидозном, трихомонадном, неспецифическом вагините и/или в ассоциации со смешанной флорой, чувствительной к компонентам препарата. Способ применения: по одному вагинальному суппозиторию на ночь в течение трех дней<sup>2,3</sup>.

Согласно рекомендациям Международной гильдии специалистов по ИППП (The International Union against Sexually Transmitted Infections, IUSTI), интравагинальные азоловые антимикотики входят в схему лечения ВВК.

Результаты исследований подтвердили эффективность азолов при ВВК. Установлено, что входящий в состав препарата Гайномакс Плюс тиоконазол действует фунгицидно и бактерицидно, демонстрирует быстрый (в течение часа) фунгицидный эффект.

Смешанный и аэробный вагиниты относятся к группе заболеваний, сопровождающихся воспалительными процессами в слизистой оболочке влагалища, вызванными патогенной микрофлорой. Частыми причинами аэробного вагинита являются стрептококковая и энтерококковая инфекции. Аэробный вагинит нередко сопровождается грибковой инфекцией. Пациентам с указанными заболеваниями назначают комплексные препараты с широким спектром действия.

Таким препаратом является Гайномакс Плюс. Входящий в его состав тиоконазол сочетает в себе противогрибковый эффект в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida* и антибактериальное действие, в том числе в отношении грамположительных бактерий *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp. Тинидазол, характеризующийся выраженным бактерицидным эффектом, активен против анаэробных микроорганизмов. Лидокаин оказывает местное анестезирующее воздействие.

К невоспалительным заболеваниям влагалища относят БВ. При микроскопии выявляют сниженное количество защитных лактобактерий, анаэробную флору, а главное – ключевые клетки. Терапия БВ основана на воздействии препарата на бактериальную пленку, основным компонентом которой является *G. vaginalis*. Международные и российские клинические рекомендации содержат рекомендации к применению при БВ метронидазола, клиндамицина, тинидазола<sup>4-6</sup>. В многоцентровом открытом исследовании оценивали эффективность и безопасность лекарственного средства для интра-

<sup>2</sup> Инструкция по применению препарата Гайномакс Плюс. ЛП-007796 от 17.01.2022.

<sup>3</sup> Regidor P.A., Sailer M. Open prospective study to evaluate the efficacy of a new vaginal pessary containing 300 mg tinidazole, 200 mg tioconazole and 100 mg lidocaine with a 3-day regime (Gynomax X<sup>®</sup>) in the treatment of vaginal infections due to bacterial vaginosis, candidiasis and mixed infections. Biomed. J. Sci. Tech. Res. 2018; 12 (5): 1–11.

<sup>4</sup> Nyirjesy P., Brookhart C., Lazenby G., et al. Vulvovaginal candidiasis: a review of the evidence for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention of sexually transmitted infections treatment guidelines. Clin. Infect. Dis. 2022; 74 (Suppl\_2): S162–S168.

<sup>5</sup> Sherrard J., Wilson J., Donders G., et al. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organization (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. Int. J. STD AIDS. 2018; 29 (13): 1258–1272.

<sup>6</sup> Клинические рекомендации Минздрава России «Бактериальный вагиноз». М., 2022.

вагинального введения при ВВК, БВ, трихомонадном вагинозе или смешанных вагинальных инфекциях (СВИ)<sup>3</sup>. В исследовании участвовали 70 пациенток с вагинальными инфекциями (ВВК, БВ, СВИ) в возрасте от 18 до 50 лет из шести российских центров. Все участницы исследования получали Гайномакс Плюс по одному вагинальному суппозиторию на ночь в течение трех дней. Эффективность и безопасность препарата Гайномакс Плюс оценивали во время визитов на 10-й и 30-й дни от начала терапии. Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность и безопасность препарата Гайномакс Плюс при вагинальных инфекциях. Полное клиническое выздоровление через десять дней наблюдалось у 80,6% пациенток,

через 30 дней – у 86,6%, улучшение – у 17,9 и 10,4% соответственно. Отсутствие эффекта через десять дней отмечалось в 1,7% случаев, через 30 дней – в 3% случаев. Имели место только два нежелательных явления (2,9%), не связанных с исследуемым препаратом. Эффективность терапии препаратом Гайномакс Плюс подтверждена результатами микробиологического анализа. До лечения рост *G. vaginalis* > 10<sup>6</sup> КОЕ/мл зафиксирован у 7,5% пациенток, рост *S. albicans* > 10<sup>4</sup> КОЕ/мл – у 37,7%. После лечения не зарегистрировано ни одного случая роста *G. vaginalis* на 10-й и 30-й дни наблюдения. Рост *S. albicans* на 10-й день отмечался лишь у 1,6% пациенток, на 30-й день отсутствовал у всех пациенток.

Полученные результаты позволили авторам исследования сделать следующие выводы:

- новая дозировка вагинальных свечей с тиоконазолом и тинидазолом (один раз в день в течение трех дней) эффективна и безопасна при распространенных формах вагинита, в том числе смешанной вагинальной инфекции;
- вагинальные свечи с тиоконазолом и тинидазолом хорошо переносятся пациентками;
- выраженность клинических симптомов вагинальных инфекций снижается к концу трехдневного лечения.

«Вероятно, Гайномакс Плюс окажется эффективным в профилактике рецидивирующих процессов», – отметила И.Г. Шестакова в заключение.

### Взгляд клинического микробиолога на конечный результат терапии вагинальных инфекций

По словам Алевтины Михайловны САВИЧЕВОЙ, заслуженного деятеля науки РФ, д.м.н., профессора, руководителя лаборатории микробиологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, чтобы пациентке на первичном приеме назначить рациональное лечение, необходимо установить диагноз. Начинать диагностику следует с проведения рН-метрии влагалищных выделений. Как правило, рН > 5 с высокой вероятностью (93%) свидетельствует о наличии БВ.

Микроскопическое исследование с оценкой микробиоценоза влагалища является основным методом диагностики БВ и аэробного вагинита. Учитывая полимикробную природу ВВИ, желательна применять молекулярные методы (Флороценоз, Фемофлор).

Для скрининга цервицита необходимо использовать микроскопический метод с определением числа полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) при просмотре более пяти полей зрения при увеличении ми-

кроскопа свыше 1000. Диагноз цервицита может быть установлен при выявлении более 20 ПМЯЛ в поле зрения. Имеет значение наличие слизисто-гнойных выделений из цервикального канала.

Наиболее распространенным нарушением микробиоценоза влагалища считается БВ – клинический полимикробный невоспалительный синдром, возникающий в результате замены нормальной микрофлоры влагалища на повышенную генерацию многочисленных видов облигатных и факультативных анаэробных микроорганизмов.

Практически все вагинальные инфекции являются биопленочными. Для них характерны затяжное течение и хронизация процесса, повышенная вероятность диссеминации возбудителя, неэффективность методов традиционной антимикробной терапии.

Наличие патологических биопленок может обуславливать рецидивирование БВ. Этиология рецидивирующего БВ неизвестна, но основную роль в патологическом процессе играют *G. vaginalis* (от 60 до 90% массы

биопленки). При БВ определяется «сцепленная» форма *G. vaginalis*, адгезированная на клетках эпителия (ключевые клетки). В меньшей степени в формировании биопленок участвует *Atopobium vaginae*. Рецидив БВ диагностируется при наличии трех и более эпизодов заболевания в год.

Микроскопическое исследование является основным методом диагностики ВВК. С помощью микроскопии прежде всего определяют наличие или отсутствие бластоспор и псевдогифов. При их отсутствии проводится посев на дрожжи. Для диагностики ВВК также применяются ПЦР-тест и рН-метрия. При рН вагинальных выделений более 4,5 следует подумать о наличии БВ. Диагноз рецидивирующего ВВК устанавливают при наличии трех и более эпизодов в год.

Выбор препарата для лечения вагинальной инфекции осуществляется в соответствии с международными и отечественными рекомендациями.

В первой линии терапии БВ назначают метронидазол. На фоне его применения во влагалище быстро и резко снижаются уровни провоспалительных цитокинов, хемокинов и иммунных факторов,



VIII Общероссийский семинар  
«Репродуктивный потенциал России: весенние контраверсии»

связанных с нарушением эпителиального барьера. Имунные изменения обусловлены уменьшением абсолютного количества ассоциированных с БВ бактерий и увеличением количества лактобацилл. Согласно рекомендациям CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 2021 г., метронидазол 500 мг *per os* назначать два раза в день в течение семи дней, метронидазол 0,75% гель – один аппликатор в день *per vaginam* в течение пяти дней. В качестве альтернативного варианта рекомендуется использовать тинидазол 2 г/сут *per os* в течение двух дней или 1 г/сут в течение пяти дней.

В руководстве IUSTI 2018 г. и рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) 2022 г., одобренных Минздравом России, представлена аналогичная схема применения метронидазола и тинидазола при БВ. В клинических рекомендациях Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) 2019 г. предусмотрено локальное использование миконазола и тиоконазола при несложном вульвовагинальном кандидозе. При тяжелом и рецидивирующем ВВК, а также сочетании ВВК с другими ВВИ миконазол рационально применять в составе препарата Нео-Пенотран Форте, при выраженных симптомах – в составе Нео-Пенотран Форте Л, тиоконазол – в составе препарата Гайномакс или Гайномакс Плюс.

В метаанализ О.А. Громовой, выполненный в соавторстве с ведущими экспертами по ВВИ, были включены данные 13 клинических исследований с участием 833 пациенток с вагинальными инфекциями<sup>7</sup>. В исследованиях применялись суппозитории Нео-Пенотран Форте и Нео-Пенотран Форте Л, в состав которых входит лидокаин. Продемонстрирована высокая эффективность препаратов при ВВИ. Терапия

суппозиториями Нео-Пенотран Форте и Нео-Пенотран Форте Л повышала шансы клинического выздоровления при БВ в 17 раз, микробиологического выздоровления при БВ – в 30 раз, эффективность терапии кандидоза – в 14 раз, трихомониаза – в пять раз по сравнению с контролем. Результаты метаанализа подтверждают высокую эффективность и безопасность интравагинального применения метронидазола и миконазола в составе Нео-Пенотран Форте и Нео-Пенотран Форте Л при БВ.

Хорошую эффективность при ВВИ демонстрирует комбинированный препарат Гайномакс, в состав которого входят тиоконазол 100 мг и тинидазол 150 мг. Топический комбинированный препарат Гайномакс применяют по одному вагинальному суппозиторию на ночь в течение семи дней. Альтернативная схема применения: по одному вагинальному суппозиторию два раза в день (утром и на ночь) в течение трех дней.

Российские эксперты провели метаанализ данных четырех исследований с участием 209 пациенток с ВВИ. Пациентки применяли вагинальные суппозитории Гайномакс по одному вагинальному суппозиторию один раз в день в течение семи суток или по одному суппозиторию два раза в день в течение трех суток. На фоне терапии комбинацией «тинидазол + тиоконазол» (Гайномакс) возросли шансы клинического излечения БВ в 20 раз, микробиологического излечения БВ – в 16 раз, микробиологического излечения ВВК – в 21 раз, микробиологического излечения трихомониаза – в 26 раз по сравнению с контролем. При анализе отдельных клинических симптомов установлены ассоциации между приемом препарата и статистически значимым достоверным снижением патологических вагинальных выделений в 25 раз,

симптоматики воспаления – в 33 раза, покраснения – в 11 раз.

Совсем недавно в арсенале врачей появилось новое эффективное комбинированное средство Гайномакс Плюс. Препарат содержит более высокие дозы тиоконазола (200 мг) и тинидазола (300 мг), а также лидокаин (100 мг) в качестве местного анестетика. Это позволяет сократить курс лечения ВВИ до трех дней с ежедневным однократным введением вагинального суппозитория на ночь<sup>2</sup>. Тинидазол – противопрозоидный препарат с выраженным противомикробным действием, активный против анаэробных микроорганизмов<sup>2, 8</sup>. Тиоконазол – противогрибковый препарат с антибактериальным эффектом<sup>2</sup>.

В исследовании сравнивали эффективность пяти имидазолов (клотримазол, эконазол, кетоконазол, миконазол и тиоконазол) ингибировать и поражать *C. albicans*. Тиоконазол вызвал гибель всех изолятов в течение восьми часов. Ни один другой из исследуемых препаратов не приводил к гибели хотя бы одного изолята в течение указанного отрезка времени. Важно, что среди имидазолов тиоконазол имеет самую низкую среднюю минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) – 3 мкг/мл.

После терапевтического курса необходим контроль излеченности. Для оценки контроля излеченности проводят рН-метрию с микроскопическим исследованием и возможным применением молекулярных методов диагностики. Идеальный результат – максимум информации при минимальном объеме и отсутствии взаимоисключающих данных. Профессор А.М. Савичева прокомментировала результаты нескольких лабораторных микроскопических исследований из клинической практики, проведя своеобразную работу над ошибками,

<sup>7</sup> Громова О.А., Баранов И.И., Тапильская Н.И. и др. Клинические исследования препаратов, содержащих метронидазол/миконазол. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020; 19 (1): 90–102.

<sup>8</sup> Schwabke J.R., Desmond R.A. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. Am. J. Obstet. Gynecol. 2011; 204 (3): 211. e1–e6.

и кратко ответила на часто задаваемые вопросы. Например, почему лейкоциты после лечения остаются и что делать с этим анализом практикующему врачу?

Действительно, лейкоциты могут оставаться достаточно долго, их количество постоянно меняется. Необходимо оценить микробиоценоз влагалища, исследовав соотношение лейкоцитов и клеток эпителия во влагалищном отделяемом, лактобациллы, ключевые клетки, дрожжеподобные грибы, трихомонады. Соотношение лейкоцитов к эпителию от 4:1 и выше

однозначно говорит о воспалении, менее 1:1 – о БВ<sup>9</sup>.

Как правильно интерпретировать результаты тестов Фемофлор? На что следует обращать внимание? По мнению докладчика, важно обращать внимание на наличие заключения. Практикующий врач должен получать результат в виде сформулированного диагноза. Если отсутствует лабораторное заключение, значит, не обновлены программы тест-системы.

Завершая выступление, профессор А.М. Савичева подчеркнула, что 54% женщин не завершают

курс терапии вагинальных инфекций. Высокой приверженности терапии способствуют широкий спектр действия препарата, удобство его применения и короткий курс лечения. Для терапии вагинальных инфекций необходимо выбирать лекарственное средство, эффективное в отношении патогенных биопленок. Препарат Гайномакс Плюс с новой дозировкой тиоконазола и тинидазола и однократным применением в сутки в течение трех дней позволяет эффективно и безопасно лечить ВВИ.

### Новые возможности терапии вульвовагинальных инфекций

**М**ихаил Александрович ГОМБЕРГ, д.м.н., профессор, президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (ЮСТИ.РУ), главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, начал свое выступление с обзора международных и российских клинических рекомендаций.

В рекомендациях CDC (2021) и IUSTI (2018), а также клинических рекомендациях РОАГ (2019) пероральные и интравагинальные препараты – производные имидазола (метронидазол, тинидазол) и клиндамицин причислены к препаратам первой линии терапии БВ. В клинических рекомендациях «Бактериальный вагиноз» РОДВК (2022), утвержденных Минздравом России, стандартом лечения заболевания также признан метронидазол в дозе 500 мг перорально два раза в день в течение 5–7 дней или в виде интравагинального геля (0,75%) один раз в день. Показано использование тинидазола 2 мг

перорально один раз в сутки или 1 г перорально один раз в сутки в течение пяти дней.

Стандартные методы не всегда эффективны при ВВИ. Это обусловлено прежде всего наличием биопленок, основную роль в создании которых при БВ играет *G. vaginalis*. А. Swidsinski и соавт. (2010) выявили *G. vaginalis* в двух формах – «сплоченной» и «дисперсной»<sup>10</sup>. «Сплоченная» *G. vaginalis* была прикреплена к эпителиальным клеткам группами с высокой концентрацией бактерий и присутствовала у всех пациентов с подтвержденным БВ и их партнеров, но ни у одного из здоровых лиц. Исследователи сделали вывод, что биопленка, образованная *G. vaginalis* «сплоченной» формы, представляет собой четко выраженную и определенную сущность, которая передается половым путем.

Согласно клиническим рекомендациям РОАГ (2019), в качестве интравагинальных препаратов для лечения ВВК могут назначаться клотримазол (1%-ный крем 5 мг в течение 7–14 дней, 2%-ный крем

5 мг в течение трех дней), миконазол (2%-ный крем 5 г в течение семи дней, 2%-ный крем 5 г в течение трех дней, 100 мг в виде вагинальных суппозиторов в течение семи дней, 200 мг – в течение трех дней), тиоконазол (6,5%-ная мазь 5 г интравагинально однократной аппликацией)<sup>11</sup>.

В рекомендациях CDC (2015, 2021) сказано, что при неосложненных ВВК целесообразно использовать краткосрочные курсы препаратов для местного применения (1–3 дня). Лечение азолами приводит к облегчению симптомов и микробиологической эффективности у 80–90% пациентов, завершивших терапию.

Рекомендуемые экспертами РОАГ (2019) схемы лечения осложненного и рецидивирующего ВВК включают применение флуконазола 150 мг или топических азоловых антимикотиков – миконазола (данный антимикотик представлен в составе препарата Нео-Пенотран Форте Л) и тиоконазола (данный антимикотик представлен в составе препарата Гайномакс Плюс). Именно азоловые антимикотики показаны и для профилактики рецидивов ВВК в качестве поддер-

<sup>9</sup> Савичева А.М. Современные представления о лабораторной диагностике репродуктивно значимых инфекций у женщин репродуктивного возраста. Мнение эксперта. Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции. 2022; 3: 34–39.

<sup>10</sup> Swidsinski A., Doerffel Y., Loening-Baucke V., et al. Gardnerella biofilm involves females and males and is transmitted sexually. Gynecol. Obstet. Invest. 2010; 70 (4): 256–263.

<sup>11</sup> Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин (издание 2-е). М., 2019.





VIII Общероссийский семинар  
«Репродуктивный потенциал России: весенние контраверсии»

живающей терапии. По мнению экспертов, топические азоловые антимикотики эффективнее нистатина при осложненном или рецидивирующем ВВК, связанном с чувствительными к азолам возбудителями. Местная терапия нистатином или натамицином показана, по мнению экспертов РОАГ, для купирования рецидивирующего ВВК, обусловленного только *C. non-albicans*. Однако международные эксперты отдают предпочтение азолам (рекомендации CDC 2021 г.) и при кандидозах, вызванных *C. non-albicans*.

Тиоконазол и миконазол являются производными имидазола. Механизм действия азолов связан с нарушением синтеза эргостерола за счет блокады активности фермента паностерол 14α-деметилазы<sup>12</sup>.

Тиоконазол имеет самую низкую среднюю МИК (3 мкг/мл)<sup>13</sup>. Между тем даже при концентрациях значительно ниже его МИК он подавляет большинство возбудителей<sup>14</sup>. Так, при концентрации 0,2 мкг/мл тиоконазол (МИК составляла 6,2 мкг/мл) подавляет рост *C. albicans* на 70%. Кроме того, в концентрациях, в четыре раза превышающих МИК, тиоконазол оказывает быстрый (в течение часа) фунгицидный эффект.

В исследовании W.H. Beggs (1984) оценивалась противогрибковая активность трех имидазолов (кектоконазол, миконазол, тиоконазол) к клеткам инокулята стационарной фазы *C. albicans*<sup>15</sup>. Продемонстрировано, что тиоконазол значительно превосходит миконазол и кетоконазол в отношении активности против клеток стационарной фазы, что критически важно для остановки процесса развития рецидивов. Препарат Гайномакс представляет собой комбинацию тиоконазола (100 мг) и тинидазола (150 мг). Благодаря входящим в его состав активным компонентам Гайномакс оказывает антибактериальное, противогрибковое и противопротозойное действие. Важным преимуществом тинидазола считается отсутствие влияния на лактофлору даже в высоких разовых дозах (до 2 г). С помощью вспомогательного вещества витепсол (смесь жирных кислот), используемого в качестве основы суппозитория, препарат при температуре тела приобретает кремообразную консистенцию<sup>16</sup>. Показаниями к применению комбинированного препарата Гайномакс являются вагинальный кандидоз, трихомонадный вульвовагинит, гарднереллезный вагинит (устаревшее название

БВ), неспецифический вагинит, а также микст-инфекции.

Низкая приверженность терапии амбулаторных пациенток с вагинальными инфекциями обуславливает выбор препарата с быстрым попаданием в очаг инфекции и быстрым действием. В исследовании S. Sagayan и соавт. (2009) отмечали сопоставимую эффективность трехдневных и семидневных курсов терапии препаратом Гайномакс<sup>17</sup>. Исследователи предложили альтернативную схему применения Гайномакса – по одному суппозиторию два раза в день в течение трех дней.

Новый препарат Гайномакс Плюс содержит более высокие дозы активных компонентов – тиоконазол 200 мг, тинидазол 300 мг, а также лидокаин 100 мг. Это позволяет назначать препарат Гайномакс Плюс при БВ, ВВК, трихомонадном вагинозе, неспецифическом вагините или смешанных вагинальных инфекциях коротким курсом – по одному суппозиторию на ночь в течение трех дней. Новая дозировка вагинальных свечей с тиоконазолом и тинидазолом (один раз в день в течение трех дней) эффективна и безопасна при лечении распространенных форм вагинита, в том числе смешанной вагинальной инфекции<sup>3</sup>.

**Как влияет доза активных веществ на параметры эффективности и безопасности**

По мнению Евгении Валерьевны ШИХ, д.м.н., профессора, заведующей кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних бо-

лезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, преобладание полимикробных ассоциаций в этиологии ВВИ вно-

сит коррективы в понимание их патогенеза и выбор оптимальной терапии. При наличии микст-инфекции эффективность монотерапии не превышает 50–60%. Поэтому рациональным подходом к лечению ВВИ считается применение комбинированных препаратов.

<sup>12</sup> Веселов А.В. Антимикотики для системного применения: ключевые аспекты для клинициста. Фарматека. 2015; 96: 96–103.

<sup>13</sup> Lefler E., Stevens D.A. Inhibition and killing of *Candida albicans* in vitro by five imidazoles in clinical use. Antimicrob. Agents Chemother. 1984; 25 (4): 450–454.

<sup>14</sup> Jevons S., Gymer G.E., Brammer K.W., et al. Antifungal activity of tioconazole (UK-20,349), a new imidazole derivative. Antimicrob. Agents Chemother. 1979; 15 (4): 597–602.

<sup>15</sup> Beggs W.H. Fungicidal activity of tioconazole in relation to growth phase of *Candida albicans* and *Candida parapsilosis*. Antimicrob. Agents Chemother. 1984; 26 (5): 699–701.

<sup>16</sup> Хрянин А.А., Кнорринг Г.Ю. Современные представления о бактериальном вагинозе. Гинекология. 2021; 23 (1): 37–42.

<sup>17</sup> Sagayan S., Bravo S.L., Fallarme A. Randomized, single-blind, one-centre trial comparing the efficacy, safety and acceptability of 3-day versus 7-day treatment of GYNOMAX® (150 mg tinidazole/100 mg tioconazole) vaginal ovules in vaginitis treatment. In: The 3<sup>rd</sup> Asia Pacific Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology & Infertility. Beijing, China. November 12–15, 2009.

Главный принцип комбинации – обеспечение максимально широкого спектра действия. Комбинированный препарат должен содержать противомикробный и противогрибковый компоненты. При этом в качестве противомикробного компонента могут использоваться антибиотики, антисептики, антипротозойные препараты. Кроме того, комбинированные препараты могут содержать дополнительные компоненты, введение которых в их состав оправданно. Например, лидокаин оказывает местный анестезирующий эффект, декспантенол повышает регенерацию. Введение в состав препарата преднизолона может быть оправданно, если воспаление носит иммунный характер.

Новый препарат Гайномакс плюс отличается от препарата Гайномакс повышенным содержанием тиоконазола (200 мг) и тинидазола (300 мг), а также наличием в его составе лидокаина (100 мг)<sup>2</sup>.

Лидокаин блокирует проведение импульсов в нервных волокнах, воздействует на нервную мембрану, обеспечивая наступление обезболивающего эффекта, способствует расширению кровеносных сосудов, опосредованно улучшая кровоснабжение тканей. Лидокаин уменьшает боль, зуд, отечность в первые минуты после введения, что способствует повышению комплаентности.

Метронидазол и тинидазол, благодаря хорошей эффективности и безопасности, входят в международные и российские клинические рекомендации и давно используются в клинической практике при ВВИ. Установлено, что метронидазол и тинидазол обладают выраженным бактерицидным эффектом в отношении анаэробной инфекции и способствуют сохранению лактобактерий.

Основные отличия между тинидазолом и метронидазолом заключаются в фармакокинетических параметрах. Тинидазол по сравнению с метронидазолом

характеризуется более длительным периодом выведения и более высокими плазменными концентрациями через шесть часов после приема. Кроме того, тинидазол в отличие от метронидазола в меньшей степени связывается с белками, что предполагает более высокую активность препарата. Имеющиеся отличия в фармакокинетике могут способствовать более высокой эффективности тинидазола по сравнению с метронидазолом.

Определенные отличия от других азолов имеет и противогрибковый компонент препарата – тиоконазол. Среди пяти имидазолов только тиоконазол в течение восьми часов приводит к гибели всех изолятов *S. albicans*<sup>13</sup>. Важное свойство тиоконазола – способность повреждать клеточные мембраны грибов как в фазе логарифмического роста клеток, так и в стационарной фазе, что имеет существенное клиническое значение.

Тиоконазол характеризуется длительным периодом полураспада, что значительно пролонгирует его терапевтическую концентрацию во влагалище. Данные, представленные профессором Е.В. Ших, показывают, что после введения препарата Гайномакс Плюс, содержащего более высокую дозу тиоконазола (200 мг), по одному суппозиторию в течение трех дней, МИК поддерживается более трех суток.

Как уже отмечалось, в многоцентровом исследовании Гайномакс Плюс продемонстрировал высокую эффективность и безопасность при БВ, ВВК и смешанных вагинальных инфекциях<sup>3</sup>.

Данные лабораторных исследований показали нормализацию рН влагалища, аминного теста к 30-му дню наблюдения, уменьшение числа пациенток с ключевыми клетками – с 71,4 до 5,7%. Элиминационная эффективность лечения подтверждена отсутствием роста *G. vaginalis* и *S. albicans* у всех пациенток с ВВИ. Купиро-

вание признаков воспаления ВВК на 30-й день наблюдения было подтверждено значимым уменьшением количества пациенток с лейкоцитами (с 74,1 до 14,8%), клетками дрожжей (с 88,9 до 2,7%), псевдомицелием (с 77,8 до 3,7%)<sup>3</sup>. Клиническая эффективность лечения подтверждена почти полным исчезновением клинических симптомов.

В заключение профессор Е.В. Ших подчеркнула, что лечение вагинальных инфекций претерпело эволюцию, и на сегодняшний день наиболее рациональным подходом считается местная терапия комбинированными лекарственными средствами, перекрывающими весь возможный спектр возбудителей, способными воздействовать на биопленки и сохранять лактобактерии.

### Заключение

Эксперты представили новый комбинированный препарат широкого спектра действия Гайномакс Плюс, выпускаемый в форме вагинальных суппозиториях. Входящие в состав препарата Гайномакс Плюс в качестве компонентов тиоконазол (200 мг) и тинидазол (300 мг) с лидокаином (100 мг) обеспечивают антибактериальное, противопротозойное, противогрибковое, противозудное и обезболивающее действие. Благодаря оптимальному составу Гайномакс Плюс можно рассматривать как препарат выбора для эмпирической терапии бактериального вагиноза, трихомониаза, аэробного вагинита, вульвовагинального кандидоза, смешанных вульвовагинальных инфекций, неспецифического вагинита, сопровождающихся выраженной симптоматикой. Гайномакс плюс назначают по одному суппозиторию в течение трех дней. Быстрота действия, простота и удобство применения, короткий курс терапии способствуют приверженности пациенток лечению. ❁



# Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



## Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания <https://umedp.ru/online-events/>



Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

**Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе**



**МЕДИЦИНСКИЙ  
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**  
UMEDP.RU

- <https://vk.com/vk.medforum>
- <https://www.facebook.com/medforum.agency>
- [https://www.instagram.com/umedp\\_/](https://www.instagram.com/umedp_/)
- <https://www.youtube.com/umedportal>

Реклама

# Тезисы

## Пересадка тканей в акушерстве и гинекологии. Искусственные и натуральные материалы в пластике половых органов

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1,2</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>,  
Л.Г. Пивазян<sup>2</sup>, Д.С. Аветисян<sup>4</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>3</sup>, И.А. Меленчук<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

<sup>3</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

**Введение.** Тканевая инженерия является относительно новой областью, в которой используются живые клетки, биосовместимые материалы и подходящие биохимические и физические факторы, а также их комбинации для создания тканеподобных структур. Реконструкция влагалища необходима при таких заболеваниях, как аплазия влагалища, синдром Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера, приобретенные заболевания, например рак и травмы. Однако при этом реконструктивные методики, для которых используются невагинальные ткани, могут быть связаны с осложнениями. Трансплантация матки в настоящее время показала свой потенциал в качестве высокоэффективного лечения маточного фактора бесплодия, возникающего из-за отсутствия матки или наличия нефункциональной матки.

**Цель** – рассмотреть методы альтернативного лечения пациентов с аплазией влагалища, синдромом Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера, синдромом Ашермана и онкологическими заболеваниями с помощью аллотрансплантации клеток и тканей, трансплантации матки пациентам с маточным фактором бесплодия, возникающего из-за отсутствия матки или наличия нефункциональной матки, и применение стволовых клеток в практике акушеров-гинекологов.

**Материал и методы.** Данный обзор включает в себя исследования, опубликованные до 2022 г. в базах данных PubMed, Google Scholar и Cochrane Library.

**Результаты.** Вагинопластика с использованием аутологичной вагинальной ткани показала нормальные структурные и функциональные параметры при последующем наблюдении. Эта технология может быть полезна пациентам, нуждающимся в реконструкции влагалища. Первое живорождение после аллогенной трансплантации матки в условиях иммуносупрессии произошло 4 сентября 2014 г. Это событие также является первым человеческим рождением после пересадки матки. Гемопозитические стволовые клетки использовались для разработки терапевтических стратегий лечения гинекологических солидных опухолей, таких как рак яичников. Пуповинная кровь может представлять собой ценный источник стволовых клеток, которые можно использовать для клеточного лечения злокачественных новообразований и наследственных заболеваний. Стволовые клетки могут быть использованы для пренатальной трансплантации при различных тяжелых врожденных заболеваниях плода.

**Выводы.** Технология вагинопластики с использованием аутологичной вагинальной ткани перспективна среди пациентов, нуждающихся в реконструкции влагалища, обеспечивает долгосрочную удовлетворительную сексуальную жизнь, помогает добиться улучшения качества жизни, которое сохраняется продолжительный период времени. Трансплантация матки в настоящее время показала свой потенциал в качестве высоко-



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

эффективного лечения маточного фактора бесплодия, возникающего из-за отсутствия матки или наличия нефункциональной матки. Применение стволовых клеток, полученных из менструальной крови, может быть эффективно при тяжелом синдроме Ашермана.

### Лазеротерапия в лечении склероатрофического лишена

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1,2</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>,  
И.А. Меленчук<sup>3</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>3</sup>, Л.Г. Пивазян<sup>2</sup>, А.А. Закарян<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

<sup>3</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Склероатрофический лишай (САЛ) представляет собой хронический воспалительный дерматоз, поражающий кожу половых органов. Он выявляется у пациентов любого возраста и расы, хотя самая высокая распространенность наблюдается у 1,6% женщин в возрасте 40–60 лет и девочек предпубертатного возраста. В первой линии терапии гайдлайны рекомендуют использование сверхмощных топических глюкокортикостероидов (ГКС). Однако разрабатываются новые варианты лечения САЛ, которые учитывают доказанную эффективность местных ГКС и такие факторы, как риск развития рака и необходимость долгосрочного наблюдения. Целью данного литературного обзора является оценка эффективности лазерной терапии.

Проведен анализ международных и отечественных публикаций с 2006 по 2022 г. Использовались базы данных PubMed, Embase, Cochrane Library и Google Академия. В данный литературный обзор вошли систематические обзоры и метаанализы, рандомизированные контролируемые исследования, клинические испытания и серии случаев, опубликованные с 2006 по 2022 г. В настоящее время недостаточно доказательств в поддержку использования лазерной терапии при генитальном склероатрофическом лихене у мужчин, женщин и детей, хотя лазерная терапия представляется многообещающей. Некоторые исследования, включенные в наш литературный обзор, показали ее эффективность. Данные о долгосрочности и безопасности, включая неблагоприятные побочные эффекты, отсутствуют. Влияние лазерной терапии должно строго оцениваться в хорошо спланированных рандомизированных контролируемых исследованиях, которые имеют соответствующий временной промежуток. Пока применение данного метода лечения в клинической практике неприемлемо, поскольку, как и в случае внедрения других инноваций, безопасность должна быть доказана.

### Фиброзно-кистозная мастопатия у девочек-подростков в практике врача акушера-гинеколога: этиология, клиника и диагностика

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
С.А. Короткова<sup>3</sup>, А.С. Аннакулиева<sup>3</sup>, Г.Т. Осипова<sup>3</sup>, Е.И. Полякова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Морозовская детская городская клиническая больница

Фиброзно-кистозная мастопатия – собирательный термин, который описывает изменения в молочной железе, характеризующиеся нарушением соотношения эпителиальной и соединительной ткани.

По некоторым данным, до 90% женщин репродуктивного возраста страдают патологией молочных желез, причем у 10% выявляются злокачественные процессы. Чаще проблема возникает в подростковом возрасте и начинается с доброкачественных гормонально зависимых заболеваний. Некоторые исследования показывают, что каждая десятая школьница имеет проблемы с молочной железой на этапе ее формирования. Распространенность фиброзно-кистозной мастопатии среди девочек-подростков достигает 4–8%.

Основной причиной развития мастопатии является гормональный дисбаланс, выражающийся в избыточном содержании в организме эстрогенов, пролактина, недостаточной выработке тиреоидных гормонов и некоторых других нарушениях гормонального фона: более раннее начало менструаций, нарушение менструального цикла. Таким образом, удлиняется период воздействия эстрогенов на женский организм.

Диагноз фиброзно-кистозной мастопатии у подростков и молодых женщин устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза и физикального обследования, ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез, анализа крови на половые гормоны и гормоны щитовидной железы.

Патогенетическое лечение мастопатии молочных желез направлено на нормализацию гормонального профиля. Для этого применяются гестагены (оральным или транскутанным способом). Дополнительно назначаются витаминотерапия и фитопрепараты.

Таким образом, распространенность фиброзно-кистозной мастопатии у подростков обуславливает актуальность данной проблемы, а также необходимость разработки алгоритмов профилактики, диагностики и лечения заболевания.

---

## Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода в экстренной гинекологической службе

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>, В.В. Бдоян<sup>3</sup>, Л.Г. Папян<sup>3</sup>, Е.Д. Бурханская<sup>3</sup>,  
Е.А. Волкова<sup>3</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Долгопрудненская центральная городская больница

**Актуальность.** Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода (АМКПП) можно назвать основной причиной обращения к гинекологу. В связи с акселерацией, омоложением многих заболеваний, в том числе доброкачественных и злокачественных, важностью сохранения репродуктивной функции (в будущем возможность забеременеть и сохранить беременность) частые проявления кровотечений могут стать причиной развития в будущем рака эндометрия. Очень важно своевременно выявлять разные нарушения менструальной функции, особенно аномальное маточное кровотечение, и оказать необходимую помощь.

**Цель исследования** – оценить эффективность каждого метода лечения АМКПП при экстренных обращениях, обеспечивающих рациональный подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания.

**Материал и методы.** Обследованы 130 девочек с АМКПП, госпитализированных в стационар по экстренным показаниям в 2021 г. Возраст обследуемых пациенток – 9–17 лет (средний возраст –  $12,8 \pm 1,4$  года). Длительность кровотечения – от девяти до 60 дней (в среднем 30 дней).

**Результаты.** Пациентки были разделены на две группы. В первой назначали симптоматическую терапию (транексамовая кислота), во второй – гормональную (низкодозные эстроген-гестагены). В первой группе у 30% девочек отмечалось улучшение уже на третьи сутки приема транексамовой кислоты, у 10% – на пятые сутки. Длительность данного метода лечения составляет 5–7 дней. Во второй группе



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

у 48% девочек улучшение отмечалось уже на первые-вторые сутки, у 10% – на 3–5-е сутки, у 2% – на седьмые.

**Заключение.** Полученные данные послужили основанием для выбора подходящей терапии в экстренной гинекологической службе при АМКПП.

### Репродуктивное здоровье девушек и девочек Московской области. Данные Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2,3</sup>,  
С.И. Лазарева<sup>3</sup>, С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, И.В. Сысоева<sup>2</sup>,  
Е.Д. Бурханская<sup>2</sup>, Г.Н. Аббасова<sup>4</sup>, Л.Г. Папян<sup>2</sup>, В.В. Бдоян<sup>2</sup>, Е.А. Волкова<sup>2</sup>,  
Г.А. Алиева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области, Долгопрудный, Россия

<sup>3</sup> Министерство здравоохранения Московской области

<sup>4</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

На текущий момент охрана репродуктивного здоровья подрастающего поколения является приоритетным направлением в России в силу устойчивого роста различных гинекологических заболеваний, протекающих в том числе бессимптомно. Это оказывает существенное влияние на репродуктивный потенциал юного населения.

Проведен анализ распространенности гинекологической заболеваемости девочек и девушек Московской области. Выявлено, что среди всех заболеваний репродуктивной системы в Московской области (n = 1040) преобладают нарушения менструального цикла – 46% (n = 479), а также воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов – 29% (n = 298). По данным Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области, распространенность гинекологических патологий при госпитализации в стационар за 2021 г. составила (n = 517): аномальные маточные кровотечения – 40% (n = 207), апоплексия яичника – 26% (n = 134), острые сальпингиты – 16% (n = 83), вульвовагиниты – 8% (n = 42), синехии половых органов – 7% (n = 36), травмы наружных половых органов – 2% (n = 10), внематочная беременность – 1% (n = 5). Распространенность гинекологической заболеваемости подростков в амбулаторном звене составила (n = 523): вульвиты – 33% (n = 173), дисменорея – 31% (n = 162), нарушения менструального цикла – 21% (n = 110), образования яичников – 9% (n = 47), заболевания молочных желез – 6% (n = 31).

Основной причиной воспалительных заболеваний является высокий инфекционный индекс среди подростков, ведущих половую жизнь. У девочек, не живущих половой жизнью, отсутствует трансвагинальный путь передачи, в связи с чем воспаление носит вторичный характер. Нарушения менструального цикла в основном обусловлены тем, что у девочек пубертатного периода наблюдается несостоятельность высшей нервной деятельности, а рецепторы репродуктивных органов находятся на стадии развития.

Следует отметить, что патология развития и функционирования репродуктивной системы у подростков существенно влияет на социальное, физическое и эмоциональное состояние в дальнейшем. Улучшение специализированной гинекологической помощи считается основным способом снижения численности заболеваний и сохранения репродуктивного здоровья юного населения. Своевременное выявление различной патологии с последующим оказанием качественной медицинской помощи, а также предупреждение заболеваний посредством просветительской деятельности среди подростков и их родителей способствуют сохранению репродуктивного потенциала подрастающего поколения.

## Диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников у подростков (литературный обзор)

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>, Е.А. Волкова<sup>3</sup>, В.В. Бдоян<sup>3</sup>, Л.Г. Папян<sup>3</sup>,  
Е.Д. Бурханская<sup>3</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Долгопрудненская центральная городская больница

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является эндокринным заболеванием женщин репродуктивного возраста, в высокой степени ассоциированным с метаболическими, психологическими нарушениями, бесплодием и гиперпластическими процессами эндометрия. СПКЯ часто манифестирует в подростковом возрасте, поэтому вопрос ранней диагностики заболевания и его предикторов у пациенток этого возраста крайне актуален.

**Целями** данного литературного обзора являются своевременное выявление, лечение и профилактика заболевания и определение оптимальной тактики ведения пациенток в рассматриваемой группе, а также оценка приемлемости применения классических критериев СПКЯ среди подростков. Проанализированы возможные трудности в диагностике заболевания.

**Материал и методы.** Проведены поиск и оценка международных и российских научных публикаций за последние пять лет – 2017–2022 гг. Использовались базы данных Cochrane Library, PubMed, Embase и Google Академия.

**Результаты.** На основании систематических обзоров оценивались общепринятые критерии СПКЯ в отношении подростков.

**Выводы.** Диагностика СПКЯ в детском и взрослом возрасте во многом отличается. В то же время пока нет валидизированных диагностических критериев заболевания у подростков, а имеющиеся параметры позволяют лишь заподозрить формирование СПКЯ и сформировать критерии пациенток, «подверженных риску развития СПКЯ». Отдельные признаки СПКЯ могут наблюдаться при нормальном периоде полового созревания и оказаться транзиторными явлениями. При диагностике заболевания необходимо учитывать все критерии и исключить другие эндокринные заболевания. Медикаментозные варианты лечения для подростков должны основываться на клинических рекомендациях по лечению данного заболевания с учетом безопасности применения в этом возрасте.

## Клинический случай двусторонних эндометриоидных кист гигантских размеров у девочки-подростка

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>2,3</sup>, И.А. Меленчук<sup>2</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>, В.М. Голубкова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Эндометриоз традиционно считается заболеванием женщин репродуктивного возраста и редко диагностируется у подростков, даже при наличии характерных для данного заболевания жалоб. Однако в некоторых исследованиях сообщается, что первые симптомы у взрослых женщин с эндометриозом появились уже в 15–16 лет. Из-за низкой настороженности специалистов педиатрического звена в отношении эндометриоза постановка верного диагноза может быть отсрочена на 8–10 лет. Особое внимание вызывает психоэмоциональный фон данной группы пациенток: им чаще свойственны беспокойство, тревожно-депрессивные состояния, намеренное причинение себе вреда, связанные в первую очередь с хронической тазовой болью.





## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

Эндометриомы яичников встречаются у 17–44% взрослых пациенток, однако у подростков чаще встречаются малые формы наружного генитального эндометриоза и гораздо реже, чем у взрослых, аденомиоз или эндометриоидные кисты яичников. Представлен клинический случай пациентки 17 лет с двусторонними эндометриоидными кистами гигантских размеров. Впервые у пациентки появились жалобы на периодические тазовые боли за восемь месяцев до первичной диагностики. Амбулаторно были выявлены двусторонние образования яичников, после госпитализации по месту жительства и подтверждения яичниковых образований по результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) пациентка была направлена на дальнейшее обследование и лечение в учреждение федерального уровня с предварительным диагнозом «двусторонние образования яичников (эндометриоидные кисты?), хронический болевой синдром».

При поступлении выполнено УЗИ органов малого таза: тело матки – 47 × 35 × 46 мм, структура эндометрия однородная. М-эхо – 7 мм. Шейка матки – 32 × 20 мм, однородной структуры, цервикальный канал не расширен. Правый яичник представлен аваскулярным образованием размером 114 × 73 × 94 мм, содержимое образования жидкостное, с мелкодисперсной взвесью, толщина капсулы – 3 мм. Размер левого яичника 53 × 44 × 53 мм, в его структуре визуализируется аналогичное жидкостное образование со взвесью – 40 × 36 мм. Свободной жидкости в малом тазу нет. Заключение: двусторонние образования яичников. Эндометриоидные кисты (?). При стандартном лабораторном обследовании (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи) обнаружены лейкопения ( $3,97 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтропения в абсолютных ( $1,71 \times 10^9/\text{л}$ ) и относительных (42,9%) значениях, относительный лимфоцитоз (45,6%). Произведено исследование на опухоль-ассоциированные антигены: выявленные неизменные показатели альфа-фетопротеина, бета-хорионического гонадотропина, уровня онкомаркера НЕ-4, увеличение в сыворотке крови уровня СА-125 на 40% (49,2 ЕД/мл при референсных значениях < 35 ЕД/л). После предварительного обследования пациентке были проведены лапароскопия, цистэктомия с обеих сторон. Интраоперационно обнаружено увеличение правого и левого яичников до 12 и 6 см соответственно. Послеоперационный период протекал без особенностей, после гистологического подтверждения эндометриоза пациентке назначили гормонотерапию в виде приема комбинированных оральных контрацептивов.

Анализируя данное клиническое наблюдение, можно сделать вывод о целесообразности большей настороженности в отношении эндометриоза у подростков. При проведении профилактических осмотров у гинеколога и педиатра следует тщательно собирать анамнез, акцентируя внимание на наличии таких жалоб, как хронические тазовые боли, диспареуния и дисменорея, рецидивирующие маточные кровотечения, мажущие кровяные выделения до менструального кровотечения и после его завершения.

## Достижения и перспективы развития акушерско-гинекологической службы в Узбекистане

Н.И. Закирова, Ф.И. Закирова, Н.Э. Абдуллаева

*Самаркандский государственный медицинский университет*

В настоящее время численность населения Узбекистана составляет 35 603 400 человек, почти 20 млн – дети и женщины репродуктивного возраста, подростки до 18 лет составляют 33,3%.

Согласно государственной программе «Скрининг матери и ребенка» в каждом регионе Узбекистана созданы мобильные скрининговые бригады для комплексного обследования и диспансеризации девочек-подростков, осуществляются мероприятия по подготовке к здоровому материнству, профилактике наследственных и врожденных заболеваний. Ежегодный охват пренатальным скринингом свыше 50% беременных и практически 100% женщин, входящих в группу риска, позволяет предотвратить рождение более двух-трех тысяч детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

В республике более 3000 учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), из них в 793 ССП, 819 СВП и женских консультациях оказывают антенатальную помощь беременным и репродуктивные услуги населению.

Вопросами репродуктивного здоровья женщин занимаются Центр репродуктивного здоровья, Центр вспомогательных репродуктивных технологий, где оказывается высококвалифицированная специализированная помощь населению, проводится лечение бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий на основании принятых клинических протоколов и стандартов.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии с четырьмя филиалами в регионах, Республиканский перинатальный центр с 13 филиалами, 46 акушерских комплексов, которые преобразованы в межрайонные перинатальные центры, 168 акушерских отделений в составе клиник медицинских вузов занимаются системой охраны семьи, материнства и детства, способствуют созданию благоприятных условий для рождения и воспитания здорового поколения. На сегодняшний день Центр репродуктивного здоровья, Скрининг-центр и Центр акушерства и гинекологии объединены. Новый центр специализируется на таких важных задачах, как решение медико-биологических проблем репродуктивного здоровья на основе инновационных технологий, проведение генетических исследований по профилактике врожденных пороков развития, обеспечение безопасного материнства.

В настоящее время в перинатальной медицине зарождается новое перспективное направление – внутриутробная терапия плода. В 15 родильных домах Ташкента приступили к проверке слуха новорожденных. Эта практика будет внедряться во всех родильных домах.

Впервые в истории отечественной медицины в детских лечебных учреждениях наших регионов внедрены новые направления, такие как неонатальная хирургия, кардиохирургия, инвазивная хирургия, детская гинекология, проводятся комплексные лечебные процедуры.

Дети полностью привиты от 12 видов контролируемых инфекций. Осуществляется вакцинация против вируса папилломы человека девочкам с девяти лет для профилактики рака шейки матки, ежегодно проводится обследование женщин старше 35 лет, что увеличило шансы раннего выявления рака шейки матки у женщин в десять раз. Системные изменения в сфере здравоохранения Узбекистана позволили значительно повысить качество медицинских услуг населению. В результате выполнения государственных программ за 25–30 лет уровень материнской смертности сократился более чем в 3,7 раза, детской смертности – в три раза по сравнению с показателями 1991 г. Уровень аборт в Узбекистане снизился в пять раз (за последние годы – с 39,9 до 6,5 промилле). Средняя продолжительность жизни женщин за этот период увеличилась с 67 до 75 лет. Такие меры следует рассматривать как важный фактор укрепления женского здоровья в нашей стране.

Перспективами укрепления репродуктивного здоровья населения являются: улучшение генофонда нации, повышение медицинской культуры и улучшение качества жизни женщин путем повышения квалификации специалистов, внедрения в практику передовых стандартов диагностики и лечения, отвечающих международным требованиям, укрепления материально-технической базы сельского здравоохранения и создания рынка медицинских учреждений, усиления работы по скринингу рака шейки с целью создания национальной системы профилактики и лечения этого заболевания, усиления разъяснительной работы среди населения по вопросам рождения, развития и воспитания здорового ребенка, формирования навыков здорового образа жизни среди молодежи.

Таким образом, благодаря принимаемым последовательным мерам усовершенствована система здравоохранения, обеспечено повышение эффективности, качества и доступности медицинского обслуживания населения, достигнуты основные параметры Целей развития тысячелетия ООН.

Медицина и здравоохранение в стране на современном этапе развиваются в общем русле динамичных преобразований, направленных на неуклонное повышение уровня и качества жизни граждан Узбекистана.

## Дисгенезия гонад: девочка с кариотипом 46, ХУ

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>, Т.Н. Ивановская, к.м.н.<sup>2</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>1,2</sup>, Р.П. Бильченко<sup>1</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>1</sup>, П.И. Пахомова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Полная дисгенезия гонад 46, ХУ представляет собой нарушение полового развития с генотипическим изменением пола, при котором наружные половые органы, как правило, сформированы по женскому типу.

**Результаты.** В хирургическое гинекологическое отделение Российской детской клинической больницы (РДКБ) планово поступила пациентка с жалобами на отсутствие менструаций к 16 годам. Известно, что девочка наблюдается по месту жительства. Установлен диагноз: задержка полового развития (ЗПР) первой степени, первичная аменорея, гипоплазия матки. При осмотре: астенический морфотип, скудное дистальное и андрогензависимое оволосение, в паховой области справа пальпируется гонада, вторичные половые



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

признаки соответствуют возрасту. Стигм дисэмбриогенеза нет. По данным УЗИ, матку и яичники четко визуализировать не удалось. Матка в виде рудиментарного тяжа  $30 \times 7$  мм. Гонады в малом тазу не визуализируются. Свободная жидкость и дополнительные образования в малом тазу не выявлены. Справа в проекции средней трети пахового канала при натуживании определяется гонада  $30 \times 10$  мм гантелевидной формы, по структуре напоминающая яичко. Слева в паховом канале гонада не визуализируется. Гинекологический статус: менструации нет, Ах 3, Ма 3, Рв 3, Ме abs. Наружные половые органы развиты правильно. Клитор не увеличен. Гимен бахромчатый, эстрогенизирован. По данным вульвовагиноскопии: слизистая влагалища складчатая, розовая. Убедительных данных о наличии шейки матки не получено. Результаты ректоабдоминального исследования: матка в срединном положении, меньше возрастной нормы, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненна. Лабораторное исследование: лютеинизирующий гормон – 18,03 МЕ/л, фолликулостимулирующий гормон – 11,15 МЕ/л, тестостерон – 22,79 нмоль/л, дегидроэпиандростерон сульфат (ДЭА-SO<sub>4</sub>) – 22,81 мкмоль/л, альфа-фетопротеин – 2 МЕ/мл. Данные лапароскопии: в брюшной полости выпота нет. Тело матки не визуализируется. Левая маточная труба не визуализируется. Левая гонада –  $3,0 \times 1,0$  см, дисгенетична, серой окраски, овальной формы, поверхность гладкая, с окружающими тканями не спаяна. Правая маточная труба не визуализируется. Правая гонада –  $3,0 \times 2,0$  см, дисгенетична, серой окраски, овальной формы, поверхность гладкая, с окружающими тканями не спаяна. Произведена гонадэктомия. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение у врача-гинеколога по месту жительства с решением вопроса о заместительной гормональной терапии.

**Заключение.** Нарушения полового развития встречаются с частотой один случай на 4500 живорожденных детей. Значение имеет осмотр каждой девочки детским гинекологом для своевременной диагностики и лечения патологии.

## Синдром Тернера (клиническое наблюдение)

Е.Е. Петрайкина, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>2,3</sup>,  
И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>1</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>, С.К. Имшенецкая<sup>1</sup>, Д.Ю. Грипас<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Синдром Тернера (СТ) обусловлен полной или частичной X-моносомией. Возможны различные мозаичные варианты, при которых хромосомный набор частично сохранен. Встречается с частотой 1:2000–1:2500 новорожденных девочек. Клинически характеризуется задержкой роста, гипергонадотропным гипогонадизмом и такими аномалиями, как крыловидные складки шеи, птоз, эпикант, высокое готическое небо, микрогнатия, ротированные ушные раковины.

**Клинический случай.** Пациентка Н. 11 лет направлена в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ в связи с жалобами на низкий рост и задержку полового развития. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне токсикоза – пять и десять недель. На 21-й неделе развилась фетоплацентарная недостаточность, на 31-й неделе – угроза преждевременных родов. Роды – на 39-й неделе беременности без осложнений, масса при рождении – 3550 г, рост – 52 см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Из семейного анамнеза: у матери подтвержденный синдром Тернера, моносомия по X-хромосоме, мозаичный вариант, кариотип 45 X0 (3 46 XX (10)). Менструации у матери с 15 лет, регулярные, две беременности: первый ребенок – девочка, 14 лет, здорова, второй – 11 лет, синдром Тернера. Анамнез заболевания: впервые задержка в физическом развитии выявлена в детском дошкольном учреждении по месту жительства в апреле 2016 г. Ребенок получал левокарнитин, калия йодид – без эффекта. Пациентка Н. с десяти лет наблюдается в РДКБ по поводу синдрома Тернера. Состояние при поступлении удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение тернероидное. Физическое развитие ниже среднего, дисгармоничное за счет роста: рост – 135 см, масса тела – 44 кг, индекс массы тела – 24,1 кг/м<sup>2</sup>. Пациентка Н. имеет врожденные стигмы: диспластические ушные раковины, низкий рост, гипертелоризм, высокое небо, эпикантус, короткая шея, поперечная ладонная складка.

Цитогенетическое исследование выявило мозаичный вариант кариотипа, состоящий из клона клеток с моносомией X и трисомией X (mos 45, X(21)/47,XXX(3). SRY-ген отрицательный. УЗИ малого таза показало

несоответствие размеров матки и яичников возрастной норме. Лабораторно – увеличение уровня фолликулостимулирующего гормона – 11,1 МЕ/л (0,3–7,8 МЕ/л) и уменьшение уровня соматотропного гормона – 0,14 нг/мл (1–10 нг/мл). Заместительная гормонотерапия не проводилась. Госпитализация для наблюдения и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациентки планируется через год.

**Заключение.** Данный клинический случай подтверждает необходимость тщательного сбора анамнеза, выяснения низкорослости и высокорослости в семье, соотнесение массо-ростовых показателей ребенка и родителей при плановых педиатрических осмотрах и осмотрах других специалистов. Своевременная диагностика заболевания и вовремя начатая заместительная гормональная терапия позволяют улучшить качество жизни пациенток, нормализовать социальную адаптацию, а также подготовить их к реализации репродуктивной функции с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

## Патология молочных желез у девочек и девушек. Диагностика и лечение

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
Э.Х. Мовсесян<sup>3</sup>, С.А. Короткова<sup>4</sup>, Г.М. Тургунова<sup>4</sup>, Е.И. Полякова<sup>4</sup>,  
Г.Т. Осипова<sup>4</sup>, А.З. Мокоян<sup>4</sup>, Е.Г. Моксякова<sup>4</sup>, А.С. Аннакулиева<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> ООО «Поликлиника.ру»

<sup>4</sup> Морозовская детская городская клиническая больница

Молочная железа является неотъемлемой частью репродуктивной системы, поэтому изучению заболеваний молочной железы у девочек уделяется все больше внимания. В последние годы отмечается отрицательная динамика показателей здоровья девочек, в связи с чем особое значение приобретают своевременная диагностика и выбор рациональных методов терапии.

На первом месте по частоте встречаемости среди патологий молочной железы стоит мастит. На базе гинекологического отделения Морозовской ДГКБ проводилось исследование с целью оптимизации лечения мастита у девочек путем разработки научно обоснованного этиопатогенетического алгоритма диагностики и терапии. В соответствии с поставленными задачами, нами обследованы 100 девочек-подростков, госпитализированных по экстренным показаниям. В отделении Морозовской ДГКБ пациенток с диагнозом гнойного (абсцедирующего) мастита в процентном соотношении было почти в 5,5 раза больше, чем с диагнозом серозного мастита. Чаще мастит наблюдается у девочек 12–14 лет – в возрасте становления менструальной функции, когда происходит формирование правильных взаимоотношений между гонадотропными гормонами и половыми стероидами. Изучив клинические проявления, мы установили, что клиническая картина гнойного мастита более агрессивна – наличие резко болезненного инфильтрата, гиперемия и гипертермия кожи молочной железы, выраженный лейкоцитоз, увеличение и болезненность подмышечных лимфатических узлов. На УЗИ-снимках визуализировалось анэхогенное образование неправильной формы. Выявлены выраженная дилатация протоков и нарушение их дифференцировки. При гнойном мастите на фоне инфильтрата обнаруживается один или несколько абсцессов. Нами проводились исследования гормонального профиля – определяемые гормональные показатели у девочек с серозным маститом значительно ближе к нормальным пубертатным значениям, чем у девочек с гнойным поражением молочных желез. В отделении гинекологии Морозовской ДГКБ при лечении гнойных маститов используются своевременная лечебная пункция толстой иглой под контролем УЗ-навигации, опорожнение абсцесса, промывание его полости антисептиками, введение антибиотика в полость, наложение стерильной поддерживающей, лечебной повязки на область молочных желез.

Таким образом, мы смогли усовершенствовать алгоритм диагностики и лечения мастита у девочек и девушек. Благодаря правильной последовательности обследований, своевременной диагностике и лечению удалось снизить количество рецидивов, время пребывания пациенток в стационаре, добиться отсутствия косметического дефекта, а также сохранить функцию и анатомию молочной железы.



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

На втором месте по частоте встречаемости патологий молочных желез стоит фиброаденома молочной железы – доброкачественное новообразование неправильной формы, безболезненное, подвижное, с гладкими четкими контурами.

Нами описан случай ошибочного ведения девочки 13 лет с данным диагнозом.

Из анамнеза известно, что около четырех месяцев назад девочка самостоятельно обнаружила образование в области левой молочной железы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. УЗИ молочных желез: эхо-признаки образования молочной железы. Рекомендована консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Пациентка поступила в больницу N. По результатам УЗИ и осмотра выставлен клинический диагноз: острый гнойный нелактационный мастит слева. Выполнено оперативное лечение – вскрытие и дренирование образования молочной железы. Гистологическое заключение: бесструктурные массы, эритроциты. Назначены антибактериальная терапия, местное лечение.

Из-за несоответствия клинической картины и данных объективного осмотра на вторые сутки в экстренном порядке переведена в Морозовскую ДГКБ с диагнозом острого гнойного нелактационного мастита слева.

Осмотрена гинекологом. Местный статус: в верхнем наружном квадранте левой молочной железы пальпируется объемное образование размером до 7 см. УЗИ левой молочной железы: непосредственно под ареолой визуализируется значительных размеров гипозоногенное, неоднородное, аваскулярное образование общим размером 64 × 47 мм. Кровоток достоверно определяется на периферии. Окружающие ткани повышенной эхогенности.

На основании указанных данных пациентке выставлен предварительный диагноз: доброкачественное образование левой молочной железы.

В гинекологическом отделении Морозовской ДГКБ проведена пункция образования молочной железы слева. Пунктат отправлен на цитологическое исследование. Заключение: гистологически материал соответствует фиброаденоме. Рекомендовано плановое оперативное лечение.

Интраоперационно выявлено образование размером 6 × 7 см плотной консистенции с капсулой, локализующееся в верхнем латеральном сегменте молочной железы слева, – фиброаденома. Выделена и удалена.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на пятые сутки. Гистологическое заключение: фиброаденома молочной железы.

Таким образом, тактика ведения пациентки с объемным образованием молочной железы была ошибочна, вскрытия и дренирования образования молочной железы не требовалось, поскольку отсутствовали клинические данные о наличии воспалительного процесса в молочной железе. В этой клинической ситуации необходимо было провести цитологическое исследование образования молочной железы слева и, исходя из результатов пункционного исследования, выполнить оперативное лечение – удалить доброкачественное образование левой молочной железы.

## Тайная жизнь эндометриоза

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
М.Х. Мовсесян<sup>3</sup>, Э.Х. Мовсесян<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Офтальмологическая клиника «СФЕРА», Москва

<sup>4</sup> ООО «Поликлиника.ру»

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Эндометриоз формируется и развивается на фоне нарушенных иммунных, молекулярно-генетических и гормональных взаимоотношений в женском организме.

Существуют две формы этой патологии: эндометриоз генитальный и экстрагенитальный, при котором «блуждающий» эндометрий обнаруживается в брюшной полости, легких, на послеоперационных рубцах или в конъюнктиве глаза. Экстрагенитальным эндометриозом чаще страдают молодые нерожавшие женщины с нарушениями менструального цикла, болевым синдромом во время месячных.

Цель – проанализировать данные литературы, посвященной проблеме экстрагенитального эндометриоза глаза, клиническому течению этой патологии, и рассмотреть клинические случаи.

Это редкая патология (6–8%), но крайне неблагоприятная с точки зрения выявления болезни и сохранения здоровья человека.

Очаги эндометриоза могут попасть в любую часть тела женского организма.

Одной из самых редких локализаций эндометриозидных гетеротопий является глаз, чаще конъюнктив. Интересно, что клетки эндометрия, находясь далеко от матки, подвергаются тем же гормональным изменениям, что и слизистая матки: во время каждой менструации эндометриозидные очаги начинают кровоточить.

В случаях, когда эндометриоз поражает конъюнктиву глаз, вместе с классическими симптомами возникают так называемые кровавые слезы (гемолакрия).

Данных и описанных клинических случаев, касающихся взаимосвязи эндометриоза и глаз, не так много.

В XVI в. впервые подобный случай описал итальянский врач Антонио Брассавола: молодая монахиня плакала кровавыми слезами в те дни, когда у нее были менструации. Позже, в 1581 г., фламандский врач писал о 16-летней пациентке, у которой менструальные выделения выходили через глаза, как кровавые слезы, а не через влагалище. Было установлено, что офтальмологическая гемолакрия выявлялась в основном у женщин детородного возраста. Ученые пришли к выводу, что причиной данного явления у женщин репродуктивного возраста являются гормоны. В то же время обычную гемолакрию провоцируют другие факторы – бактериальный конъюнктивит, экологический ущерб или травмы.

Еще один случай описан учеными в 2008 г. в одной из турецких клиник. К ним обратилась девушка с жалобами на кровотечение из левого слезного протока. Ученые предположили наличие эндометриоза, так как со стороны глаз патологии не было выявлено. Девушку направили к гинекологам для подбора гормональной терапии.

На 15-м съезде Европейского неврологического сообщества был представлен клинический случай. К неврологам была направлена женщина 31 года с хронически расширенным зрачком. Обширный комплекс проведенных обследований, в том числе компьютерная томография брюшной полости, позволил диагностировать у пациентки эндометриоз яичников. В лабораторных анализах крови был определен повышенный уровень маркера СА-125. Пациентке провели лапароскопическую операцию с дальнейшим переходом на гормональную терапию. По завершении курса лечения отмечалось уменьшение симптомов эндометриоза, а также исчезновение расширенного зрачка. Таким образом, была установлена связь между хронически расширенным зрачком и эндометриозом. По мнению ряда ученых, аутоиммунные нарушения влияют на диаметр зрачка.

В 2014 г. итальянские исследователи отметили зависимость между голубым цветом радужки и глубоко проникающим эндометриозом, эндометриозом яичников и предрасположенностью к эндометриозу.

Результаты исследования показали, что у женщин с голубым цветом радужки чаще встречались глубоко проникающий эндометриоз (30%), эндометриоз яичников (16%). Без истории эндометриоза насчитывалось 15% женщин. Таким образом, данная патология может встретиться в практике не только акушера-гинеколога, но и специалистов других направлений. Врачи любой специальности должны иметь представление о данной патологии, ее проявлениях и клинической картине, чтобы правильно проводить дифференциальную диагностику и своевременно направлять больных к врачу-гинекологу.

## Объемные образования придатков матки в практике детского гинеколога

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
С.А. Короткова<sup>3</sup>, Г.Т. Осипова<sup>3</sup>, Г.М. Тургунова<sup>3</sup>, Е.И. Полякова<sup>3</sup>, А.З. Мокоян<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Морозовская детская городская клиническая больница

Объемные образования придатков матки у пациентов детского возраста являются актуальной темой в современной гинекологии и детской хирургии. В детской возрастной группе данная патология в подавляющем большинстве представлена доброкачественными опухолевидными процессами. Существуют особенности клинической картины: отсутствие патогномичных симптомов, основным симптомом является абдоми-



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

нальная боль различной степени интенсивности. Среди диагностических методов особой ценностью для дифференциальной диагностики обладают УЗИ и определение панели опухолевых маркеров в сыворотке крови. Среди стратегий ведения пациентов выделяют выжидательную тактику с обязательным динамическим наблюдением и хирургическую тактику. Вопрос об объеме оперативного лечения должен решаться исходя из оценки риска злокачественности процесса. Необходимо помнить, что необоснованно радикальное хирургическое лечение может иметь необратимые последствия, такие как бесплодие и преждевременная или ранняя менопауза.

Опухоли и опухолевидные образования придатков матки в структуре детской гинекологической патологии встречаются с частотой от 1 до 4,6%.

Наиболее часто образования придатков матки имеют место в пубертатном возрасте, что обусловлено усилением гонадотропной стимуляции в этот период, однако могут быть диагностированы во всех возрастных периодах жизни ребенка – начиная с периода антенатального развития и заканчивая постпубертатным периодом.

В структуре объемной патологии придатков матки преобладают доброкачественные образования. Частота встречаемости злокачественных образований придатков матки в детской возрастной группе не превышает 3,3%. Опухолевидные образования придатков матки могут иметь овариальное происхождение (функциональные кисты яичников) и параовариальное (образование может исходить из широкой связки матки, маточной трубы). Подавляющее большинство опухолевидных образований придатков матки у детей составляют функциональные кисты яичников – фолликулярные кисты, сформировавшиеся из неразорвавшегося доминантного фолликула, и лютеиновые кисты, или кисты желтого тела, образовавшиеся в результате нередуцировавшегося желтого тела яичника.

Параовариально могут быть диагностированы объемные образования, исходящие из связочного аппарата матки, маточных труб, – параовариальные, паратубальные кисты, гидросальпинкс, пиосальпинкс, тубоовариальные абсцессы, внематочная беременность.

Истинные опухоли яичников – патология, редко встречающаяся в данной возрастной категории, – 2,6–3 случая на 100 тыс. девочек за год.

У педиатрических пациентов имеет место меньшее разнообразие гистологических форм по сравнению со взрослыми.

Наиболее часто встречаются герминогенные опухоли яичников. Далее по частоте встречаемости идут эпителиальные опухоли, гораздо реже диагностируются опухоли стромы полового тяжа и смешанные герминогенные опухоли.

Клиническое течение образований придатков матки у детей часто не имеет патогномоничных симптомов и может протекать бессимптомно.

Абдоминальный болевой синдром является ведущим симптомокомплексом объемной патологии придатков матки, может отмечаться увеличение объема живота и массы тела ребенка.

У пациентов допубертатного периода с гормон-продуцирующими образованиями яичников яркими клиническими проявлениями будут преждевременное половое созревание (нагрубание молочных желез в возрасте до семи лет, оволосение в гормон-зависимых областях, преждевременное менархе), а также вирилизация (клиторомегалия, гирсутизм, акне).

У пациентов постпубертатного периода могут иметь место нарушение регулярности менструального цикла, патологический характер выделений из влагалища, а также болезненность при гинекологическом осмотре.

Диагностика объемных образований в полости малого таза у детей и подростков включает анализ клинико-анамнестических данных, гинекологический осмотр, бимануальное ректоабдоминальное или влагалищное исследование, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Одно из ведущих мест в диагностике объемных образований в полости малого таза занимает ультразвуковая диагностика, которая позволяет определить размер образования, его структуру и контуры, наличие перегородок, папиллярных структур или пристеночных компонентов, а также диагностировать асцит и лимфаденопатию. Цветовая доплерография позволяет судить о степени васкуляризации образования: наличие или отсутствие зон васкуляризации внутри образования (в перегородках, солидном компоненте опухоли) и особенности кровотока, что позволяет определить вероятность злокачественности образования.

Предполагается, что общепризнанные мировым медицинским сообществом системы стратификации риска новообразований яичников IOTA и O-RADS могут быть использованы в том числе у пациентов детской возрастной группы.

В лабораторной диагностике образований яичников выделяют ряд опухолевых маркеров – альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин человека, лактатдегидрогеназа, СА-125, ингибин В, раково-эмбриональный антиген и др. Для повышения диагностической ценности данного метода медицинским научным сообществом рекомендуется определение широкой панели опухолевых маркеров.

В лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек применяют две тактики. Выжидательная тактика заключается в динамическом наблюдении в течение 3–6 месяцев и применяется для простых неосложненных кист яичников. Если новообразование яичника не регрессирует или его течение осложнилось, прибегают к хирургической тактике, выбор которой влечет за собой решение вопроса об объеме операции – удалении образования (цистэктомии) или всего яичника (оофорэктомии), придатка матки (аднексэктомии). По данным научной литературы, от 15 до 49% оофорэктомий проводятся при доброкачественном характере опухолей яичников. При этом детские хирурги выбирают такой подход чаще, чем детские хирурги-гинекологи, – 32 и 11% соответственно.

Необходимо помнить, что оофорэктомия подразумевает необратимую утрату фолликулярного резерва и, как следствие, возможное бесплодие и преждевременную или раннюю менопаузу.

Ведение пациентов детского возраста с объемными образованиями придатков матки является актуальной проблемой современной гинекологии, поскольку в настоящее время имеет место недостаточная четкость алгоритмов диагностики и лечения таких пациентов, что ведет к необоснованно радикальным методам хирургического лечения. От используемых диагностических методов, правильной постановки диагноза и выбора оптимальной тактики ведения больных зависят их здоровье, качество жизни на текущий момент и репродуктивный потенциал в дальнейшем.

## Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>2,3</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>1,2</sup>, П.Ф. Курбанова<sup>3</sup>,  
М.А. Лошкарева<sup>4</sup>, А.В. Никишина<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

В настоящее время проблема охраны репродуктивного здоровья детей и подростков приобретает все большую актуальность. Пубертатный период является критическим периодом в жизни женщины с точки зрения развития ее детородной функции, поэтому следует уделять особое внимание любым нарушениям формирования и функционирования репродуктивной системы. Частой проблемой гинекологического профиля среди девочек-подростков является возникновение аномальных маточных кровотечений (АМК).

АМК в пубертатном периоде – кровотечение из матки, чрезмерное по длительности (более восьми дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (менее 24 дней), которое оказывает неблагоприятное влияние на физическое, социальное и эмоциональное благополучие, способность к вербальному обучению и память у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно.

Частота АМК составляет 25–30% от всех обратившихся за медицинской помощью девочек-подростков. У 33–69% заболевание имеет склонность к хроническому течению и рецидивам.

На сегодняшний день наиболее актуальной считается классификация Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO) PALM-COEIN, разделяющая причины возникновения АМК на органические (структурные) и неорганические. Органические причины категории PALM, к которым относятся полипы, аденомиоз, лейомиома и малигнизация/гиперплазия, в пубертатном возрасте встречаются редко. Основными причинами кровотечений у пациенток этой возрастной категории являются коагулопатия, овуляторная дисфункция, нарушение функции эндометрия, ятрогенная и пока не поддающиеся определению нарушения (категория COEIN). Диагноз АМК у подростков и молодых женщин устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза и физикального обследования.

Метод лечения выбирается с учетом интенсивности кровотечения, степени анемии, особенностей физического и полового развития, данных результатов лабораторного исследования, наследственности и предполагаемой причины кровотечения.



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

Таким образом, АМК у подростков могут быть проявлением большого количества патологий репродуктивной системы и гемодинамических нарушений. Это обязывает врача акушера-гинеколога, а также смежных специалистов проводить дифференциальную диагностику и устанавливать истинную причину маточных кровотечений пубертатного периода.

### Особенности схемы тела в подростковом возрасте

В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Е.И. Куликова

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Тело человека, помимо физической и физиологической реальности, можно рассматривать как ментальную реальность, характеризующую отношения и представления о собственном теле. Проекция изменений в представлениях и отношении к собственному телу у подростков проявляется в готовности к экспериментам с собственным телом, раннем опыте модификаций собственного тела, диссоциированности отношения к собственному телу. Образ собственного тела у подростков формируется по механизму подражания: образцы задает цифровая социальная среда. Согласно данным Digital Global Statshot Report in partnership with We Are Social and Hootsuite (2021), более 50% мирового населения являются активными пользователями социальных сетей (зарегистрированы в шести-семи различных социальных сетях, обмениваются сообщениями и реакциями, публикуют фотографии и заметки). Среди детей и подростков около 80% пользователей в СНГ являются постоянными пользователями социальных сетей, причем их первая активность в интернете начинается уже в возрасте восьми-девяти лет (по данным Unisafe Kids, 2019). При этом среднее время нахождения в цифровой среде составляет 6 часов 54 минуты в сутки. Самый позиционируемый тезис в социальных сетях (например, Tik-Tok) транслирует необходимость «улучшений себя».

Таким образом, высокая длительность пребывания подростков в цифровой социальной среде, задающей искаженные стереотипы трансформации собственного тела, приводит нас к необходимости изучения особенностей схемы тела подростков.

Схема тела представляет собой совокупность информации о структурно-динамической организации тела, регулирующей процессы поддержания и формирования позы и организации движений. На уровне морфофункциональной организации функционирование схемы тела обеспечивается ассоциативными зонами коры головного мозга. Теменно-височно-затылочная ассоциативная кора обеспечивает анализ пространственных координат тела (координации тела в пространстве). Оценка значимости поступающей информации, принятие решений, планирование и организация ответного действия обеспечиваются префронтальной ассоциативной областью коры больших полушарий. Лимбическая ассоциативная область обеспечивает эмоциональное возбуждение, ведущее к активации других областей мозга, мотивационную стимуляцию процесса познания (в том числе о себе). Ощущение право-левосторонних отношений в схеме тела обеспечивается на уровне островковой ассоциативной области, топически локализованной в коре угловой извилины. То есть образ тела и схема тела имеют сложную морфофункциональную природу.

Исследование особенностей схемы тела в подростковом возрасте осуществлялось по шести параметрам: параметры право-левой ориентировки в теле, ориентировки положения частей тела по отношению к телу, а также ориентировки положения частей тела по отношению к лицу изучались с использованием специализированных функциональных нейропсихологических проб. В качестве параметра объективизирующих показателей схемы тела выступали вес (кг), рост (см), диаметр указательного пальца правой руки (мм), длина стопы (см). Параметр адекватности/неадекватности представлений о собственном телосложении оценивался с использованием методики «Силуэт» и методики изучения диссоциации образа Я. Для оценки адекватности/неадекватности представлений о размерах частей собственного тела использовались процедуры изображения диаметра указательного пальца правой руки и длины собственной стопы.

В исследовании принимали участие 84 подростка в возрасте 10–15 лет. Формирование исследовательских групп осуществлялось по критерию возраста: 10–11 лет (n = 29), 12–13 лет (n = 27), 14–15 лет (n = 28). Исследование проводилось на базе общеобразовательных школ на условиях письменного добровольного информированного согласия родителей (законных представителей).

При исследовании индекса массы тела девочек младшего подросткового возраста выявлено, что нормостеничный статус составляет 65%, астеничный статус – 23%, гиперстеничный – 7%. У девочек среднего подросткового возраста эти показатели составили 52, 22 и 23% соответственно, у девочек старшего подросткового

возраста – 46, 50 и 4% соответственно. Очевидно, просматривается тенденция к сокращению доли нормостеничного статуса при увеличении доли крайних проявлений – астеничного и гиперстеничного.

При исследовании представлений о схеме собственного тела на нейропсихологическом уровне у девочек-подростков выявлено повышение точности и дифференцированности по мере взросления. Установлено несоответствие представлений о собственном телосложении с объективными весоростовыми показателями у девочек-подростков. Разновозрастные группы подростков по показателям индекса диссоциации также значительно отличаются у младших и старших подростков, что указывает на проявления диссоциации образа тела и в субъективном обозначении транслируется как «это тело не нравится, хочу другое».

Таким образом, при очевидной тенденции снижения доли нормостеничного телосложения по индексу массы тела у девочек-подростков по мере взросления выявлены выраженные акценты внимания к образу и схеме собственного тела, проявляющиеся в повышении точности и дифференцированности пространственно-ориентировочных характеристик схемы тела, что мы рассматриваем в границах нормативно-возрастных тенденций. В то же время объем искажений по схеме собственного тела, направленность на экспериментирование и улучшения при низком уровне прогнозирования последствий принимается нами как тенденция, усиливающая риск нарушения психического и физического здоровья актуального поколения подростков.

## Аномалии женских половых органов у девочек-подростков

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>1,3</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>1</sup>, Р.П. Бильченко<sup>1</sup>, И.А. Меленчук<sup>1</sup>, Е.В. Павлова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Аномалии развития женских половых органов (мюллеровы пороки развития) – это неоднородная группа пороков развития тела и шейки матки, влагалища и фаллопиевых труб, возникших в результате неправильного формирования, неполного слияния или остановки развития мезонефральных (мюллеровых) протоков. По статистике, данная группа составляет от 1–4 до 8,4% среди всех врожденных пороков развития, но в последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты выявления данных патологий. Наиболее частой причиной обращения в стационар являются варианты частичной и полной аплазии влагалища, приводящие к нарушению оттока менструальной крови при функционирующей матке. Принято считать, что раннее выявление пороков развития у девочек-подростков и оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи позволяют сохранить репродуктивное здоровье таких пациенток. Однако, как правило, аномалии репродуктивной системы обнаруживаются гинекологами лишь при дебюте дисменореи или острого живота, возникающих в связи со скоплением крови в полости матки (гематометра), шейки (гематоцервикс) и влагалища (гематокольпос)

Описан клинический случай 14-летней девочки, поступившей в экстренном порядке в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова с жалобами на боль в нижних отделах живота, гнойные выделения из половых путей и фебрилитет. По данным УЗИ органов малого таза выявлено: тело матки – 57 × 42 × 57 мм, полость матки расширена неоднородным гиперэхогенным содержимым до 6 мм, в полости малого таза визуализируется образование овоидной формы 98 × 60 мм с содержимым неоднородной эхогенности с множественными гиперэхогенными включениями, вероятно всего – пиокольпос, пиометра. В экстренном порядке проведено оперативное лечение в объеме лапароскопии, разделения спаек, дренирования брюшной полости, вагинопластики, удаления инородного тела влагалища. В ходе операции при вхождении в брюшную полость выявлены выраженный спаечный процесс, плоскостные спайки между маткой и большим сальником. Матка увеличена в размерах до десяти недель беременности за счет сформиро-



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

вавшейся пиометры. В полости малого таза визуализируется около 200 мл сливкообразного гнойного содержимого. При проведении вагинопластики в средней трети влагалища по передней стенке определяется небольшое выбухание продолговатой формы (пиокольпос), посередине выбухания визуализируется свищевой ход. В заднем своде влагалища определяется инородное тело (пластмассовый колпачок от шариковой ручки). Послеоперационный период протекал гладко, проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия.

Проблема лечения и диагностики аномалий развития женских половых органов постоянно находится в центре внимания детских гинекологов, поскольку данная патология вызывает риск снижения репродуктивного потенциала девочки, что в будущем может привести к бесплодию и привычному невынашиванию. Обнаружение порока развития у пациентки в любом возрасте требует обязательного осмотра детским гинекологом и хирургом. С целью уточнения характера порока развития и решения вопроса о возможности, а также объеме медицинской помощи обязательно выполнение разностороннего диагностического поиска с привлечением междисциплинарной команды специалистов.

### Муцинозные цистаденомы яичников у девочек-подростков

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>1,3</sup>, С.М. Шарков,  
д.м.н., проф.<sup>4,5</sup>, М.З. Аргун, к.м.н.<sup>1</sup>, Е.В. Павлова<sup>3</sup>, Ю.А. Кириллова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Морозовская детская городская клиническая больница

<sup>5</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Опухоли яичников являются важной и актуальной проблемой современной детской гинекологии. Это обусловлено ростом выявления данной патологии, снижением возраста пациентов с новообразованиями яичников и риском снижения репродуктивного потенциала. По данным различных источников, в структуре детской гинекологической патологии опухоли и опухолевидные образования придатков матки встречаются с частотой от 1 до 4,6%. Стоит также обратить внимание на трудности диагностики из-за отсутствия характерных жалоб и частого бессимптомного течения.

Муцинозная цистаденома – кистозное образование яичника, относящееся к доброкачественным эпителиальным опухолям. На долю данной опухоли в структуре всех доброкачественных опухолей приходится 20–25%. Муцинозная цистаденома не обладает гормональной активностью и может быть диагностирована в любом возрасте. В связи с бессимптомным течением новообразование может достигать огромных размеров, что приводит к нарушению функции тазовых органов. Риск возникновения злокачественной трансформации возможен в 5–10% случаев.

Описан клинический случай 16-летней девочки, поступившей в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова с жалобами на боль в нижних отделах живота и увеличение размеров живота. По данным УЗИ и МРТ органов малого таза, выявлено объемное образование малого таза размером 20 × 10 × 23 см, занимающее всю полость малого таза, вероятнее всего – муцинозная цистаденома левого яичника. В плановом порядке проведено оперативное лечение в объеме лапароскопии, цистэктомии слева. В ходе операции установлено, что левый яичник представлен образованием гигантских размеров, занимающим всю полость малого таза, с толстой капсулой, содержимое образования – муцин. Послеоперационный период протекал гладко, проводилась симптоматическая терапия.

Данный клинический случай подтверждает необходимость проведения дифференциальной диагностики заболеваний органов малого таза и заболеваний других органов и систем организма с целью своевременного выявления хирургической и гинекологической патологии и предотвращения неблагоприятных последствий.

## Абдоминальный болевой синдром у девочек с пороками развития половых органов

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2,3</sup>, С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.<sup>1,3</sup>, И.В. Сысоева<sup>3</sup>, Л.Г. Папян<sup>3</sup>, В.В. Бдоян<sup>3</sup>, Е.Д. Бурханская<sup>3</sup>, Е.А. Волкова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Долгопрудненская центральная городская больница

**Актуальность.** Диагностика пороков развития женских половых органов затруднена, что приводит к несвоевременному лечению и осложнениям. Врожденные пороки развития женских половых органов составляют около 14% всех врожденных аномалий развития. Частота аномалий развития влагалища и матки составляет один случай на 300 новорожденных девочек. У каждой 4000–5000-й новорожденной наблюдается аплазия матки и влагалища. Анализируя данные исследований, можно сделать вывод, что в структуре пороков развития влагалища с нарушением оттока менструального отделяемого преобладает частичная аплазия влагалища – 39,5% девочек, удвоение матки и влагалища выявляется у 20,8%, атрезия девственной плевы – у 29%, рудиментарный рог матки – у 6,2% девочек.

**Целью** данного обзора является раннее выявление, а также вовремя оказанная квалифицированная медицинская помощь девочкам и девушкам с пороками развития половых органов, поскольку ранняя диагностика позволяет сохранить репродуктивное здоровье пациенток с данной патологией.

**Материал и методы.** Проведены поиск и оценка международных и российских научных публикаций за период 2016–2022 гг. Использовались базы данных PubMed, Cochrane Library и Google Академия.

**Результаты.** В процессе поиска анализировались данные исследований и систематических обзоров.

**Заключение.** Выявление порока развития у девочки в любом возрасте требует обязательного осмотра гинекологом. Необходимо регулярно посещать гинеколога с целью профилактического осмотра. Важно своевременно выявлять порок развития половых органов, проводить своевременную диагностику и выбирать оптимальную тактику лечения.

## Рецидивный гематокольпос у подростков при различных блоках менструальной крови

С.Ш. Рафиков, Б.Б. Негмаджанов, д.м.н., проф., Э.Х. Шопулатов, Л.К. Хамроева

Самарский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Аномалии развития половых органов относятся к спорадическим болезням, точная этиология которых до настоящего момента не установлена. Диагностика пороков развития матки и влагалища представляет значительные трудности, что может привести к ошибкам в распознавании характера порока. Иногда пороки развития матки и влагалища являются случайной диагностической находкой.

**Цель** – изучить частоту рецидивного гематокольпоса у девочек и подростков с разными уровнями блоков менструальной крови.

**Материал и методы.** Обследованы 13 подростков в возрасте 12–18 лет с аномалиями развития половых органов в виде рецидивного гематокольпоса (2020–2022 гг.).

**Результаты.** Среди аномалий развития встречаются пороки в виде полного удвоения матки и влагалища с обструкцией одного из влагалищ в нижней трети влагалища с дисплазией почек (OHVIRA syndrome) – 2 (15,4%), атрезия нижних трети влагалища и гименального кольца – 7 (53,8%), атрезия верхней трети влагалища – 1 (7,7%), аплазия нижней 2/3 влагалища – 2 (15,4%), аплазия нижней 1/2 влагалища – 1 (7,7%). Имеет место попытка вскрытия гематокольпоса до четырех раз у одной пациентки.

Жалобы при поступлении – хроническая тазовая боль, усиливающаяся циклически и не купирующаяся спазмолитиками и обезболивающими, а также отсутствие менструации у пациенток подросткового возраста.



## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

У подростков с рецидивирующим гематокольпосом выполнена эвакуация содержимого влагалища (гемато-, пиокольпоса) с последующей вагинопластикой местными тканями, у подростков с удвоением матки выполнено удаление инфильтративно(-гнойно) измененной матки и придатков.

**Выводы.** При аномалиях развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови рекомендуется тщательный сбор анамнеза и обследование. Использование дополнительных методов исследования – по показаниям. Оперативное лечение должно осуществляться с началом манифеста болевого синдрома.

Методика хирургической коррекции выбирается исходя из уровня и вида патологии.

При оперативном лечении должна быть использована методика хирургической коррекции с профилактикой рецидива (иссечение и удаление атрезированной части влагалища в виде «овального окна», кольпопластика встречными лоскутами).

### Тубоовариальный абсцесс у подростка с ювенильным артритом в практике детского гинеколога. Междисциплинарный подход к проблеме диагностики

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.Е. Петряйкина, д.м.н., проф.<sup>2</sup>,  
Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, И.В. Караченцова, к.м.н.<sup>2,3</sup>, М.З. Аргун, к.м.н.<sup>2,3</sup>,  
Ю.А. Кириллова<sup>1,2</sup>, Л.Г. Пивазян<sup>5</sup>, М.А. Лошкарева<sup>4</sup>, В.М. Голубкова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

<sup>5</sup> Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

Воспалительные заболевания органов малого таза по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре гинекологических заболеваний (примерно 60%) и являются наиболее частой причиной госпитализации. Пик заболеваемости (4–12%) приходится на возраст 17–28 лет, что связано с сексуальной активностью и низкой частотой использования барьерных методов контрацепции. У девочек, не живущих половой жизнью, в допубертатном периоде воспаление придатков матки – редкое явление. Развитие острых сальпингитов и сальпингоофоритов в отсутствие лечения и при любых иммунодефицитных состояниях может привести к образованию тубоовариального абсцесса. Тубоовариальное образование представляет собой единый конгломерат с плотной капсулой, у которого отсутствует граница между маточными трубами и яичником, имеющее множество внутренних перегородок различной толщины и неоднородное внутреннее содержимое. Нами описан клинический случай девочки 16 лет с диагнозом обострения хронического сальпингита и оофорита, тубоовариальных образований с обеих сторон, спаечным процессом органов малого таза и брюшной полости. Пациентка находилась на иммуносупрессивной терапии по жизненным показаниям в связи с тяжелым течением ювенильного ревматоидного артрита, что повлекло за собой повышенный риск инфекционных осложнений. При первичной госпитализации в отделение была проведена противовоспалительная терапия, на фоне которой отмечались уменьшение тубоовариального образования слева и полный регресс образования правого яичника. Повторно девочка поступила в отделение для решения вопроса о необходимости хирургического лечения. Из-за наличия тубоовариального образования слева, неэффективности консервативной терапии, риска ранения кишечника ввиду возможного выраженного спаечного процесса малого таза и брюшной полости, дифференциальной диагностики с новообразованием левого яичника показано оперативное лечение.

При лапароскопии обнаружены плоскостные спайки между маткой, кишечником и придатками матки с обеих сторон. В полости малого таза визуализировался конгломерат, состоящий из петель кишечника, матки и тубоовариальных образований с обеих сторон. Проведены разделение брюшных спаек и спаек органов малого таза, эвакуация гнойного содержимого тубоовариального образования слева, санация и дренирование брюшной полости и полости малого таза.

Этот случай демонстрирует необходимость более тщательного изучения анамнеза, осмотра и диагностики пациенток с болевым абдоминальным синдромом, находящихся на иммуносупрессивной терапии. Важно принимать во внимание возможность возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза рецидивирующего течения.

## Оценка влияния различных факторов на возникновение задержки полового развития

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>, Л.Г. Пивазян<sup>3</sup>, А.А. Закарян<sup>4</sup>, В.Г. Саркисова<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

<sup>4</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

**Актуальность.** Половое созревание – это период жизни, когда развитие гипоталамо-гипофизарной системы достигает полной зрелости. Различные параметры, включая генетику и факторы окружающей среды, например психосоциальные, социально-экономические, и питание влияют на возраст полового развития. Задержка полового развития (ЗПР) характеризуется задержкой телархе у девочек 13 лет и отсутствием менархе более трех лет после развития молочных желез, а также отсутствием менархе к 16 годам у девочек.

**Целью** данного обзора является оценка влияния пестицидов, фталатов и питания на задержку полового развития.

**Материал и методы.** Проведен анализ международных и отечественных публикаций за период 2017–2022 гг. Использовались базы данных PubMed, Embase, Cochrane Library и Google Академия.

**Результаты.** Включены три систематических обзора, три рандомизированных клинических исследования, одно когортное исследование и одно клиническое испытание.

**Заключение.** В большинстве рассмотренных исследований описывается взаимосвязь между воздействием пестицидов на изменение возраста начала полового созревания.

В нескольких обсервационных исследованиях изучается корреляция между воздействием фталатов и уровнем гормонов в сыворотке крови и их влиянием на процесс полового созревания.

Таким образом, в настоящее время получены положительные результаты о влиянии фталатов и пестицидов на возникновение ЗПР, однако необходимы дополнительные рандомизированные контролируемые исследования для подтверждения данных. Крайне важно обращать внимание на питание девочек и их физическую нагрузку, чтобы не допустить возникновения ЗПР.

## Особенности ведения детей с преждевременным половым развитием

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН<sup>1</sup>, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>,  
Ю.А. Кириллова<sup>2</sup>, Л.Г. Пивазян<sup>3</sup>, А.А. Закарян<sup>4</sup>, О.В. Шугарова<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

<sup>4</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

**Актуальность.** Гонадотропин-зависимое преждевременное половое развитие (ППР) является результатом преждевременной активации гипоталамо-гипофизарной системы и обычно характеризуется ранним развитием биохимических и физических особенностей полового созревания у девочек до восьми лет и у мальчиков до девяти лет. Гонадотропин-зависимое ППР является редким заболеванием и имеет оценочную общую распространенность примерно 1 на 5000–10 000 детей. При этом частота встречаемости у девочек в 5–10 раз выше, чем у мальчиков.

## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

**Целью** данного обзора является оценка влияния различных факторов на половое развитие у девочек, выяснение причин преждевременного полового развития, а также особенностей ведения таких детей.

**Материал и методы.** Проведены поиск и оценка международных и российских научных публикаций за последние пять лет – 2017–2022 гг. Использовались базы данных Cochrane Library, PubMed, Embase и Google Академия.

**Результаты.** В процессе поиска литературы найдено десять систематических обзоров, которые были проанализированы.

**Заключение.** Воздействие фталатов, их метаболитов и фенолов может изменить время начала полового развития у детей. С каждым десятилетием снижается возраст начала полового развития, который оценивался по началу телархе. Для дифференциальной диагностики преждевременного полового развития от преждевременного телархе используют УЗИ органов малого таза. У девочек с преждевременным половым развитием размеры матки и яичников значительно больше, чем у девочек с преждевременным телархе. В качестве лечения идиопатического гонадотропин-зависимого ППР используют аналог гонадотропин-рилизинг-гормона. Таким образом, необходимы комплексный подход к данному вопросу и более детальное обследование для предупреждения осложнений преждевременного полового развития у девочек.

## Особенности перекрута придатков матки в детском возрасте

М.А. Чундокова, д.м.н., проф.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

*Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова*

**Введение.** Перекрут придатков матки (ПМ) у детей встречается редко – с частотой примерно 4,9:100 000. Соотношение перекрута кистозно измененных ПМ к неизмененным составляет 1:1. Подавляющее большинство пациенток поступают в хирургические стационары с направляющим диагнозом «острый аппендицит».

**Цели** – улучшить результаты лечения детей с перекрутом придатков матки, уточнить клиническую картину, симптомы и эхографические признаки данного заболевания, разработать тактику хирургического лечения и послеоперационного ведения данных пациентов.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 92 пациенток с перекрутом придатков матки в возрасте 2–14 лет, находившихся на лечении в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, за последние 20 лет. Всем пациенткам выполнялись осмотр, клиничко-лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза с цветовым доплеровским картированием (ЦДК), лапароскопия.

**Результаты.** При поступлении все девочки жаловались на боль в нижних отделах живота справа – 68%, слева – 32%. Симптомы пассивного мышечного напряжения и раздражения брюшины ни у одного ребенка не отмечено. Рвота и тошнота наблюдались у 84%, задержка стула – у 15% детей. При проведении УЗИ брюшной полости и органов малого таза зафиксированы снижение кровотока – 45%, отсутствие кровотока – 55% случаев. Органосохраняющие операции проведены 87% пациенток, удаление придатков матки – 13%. Восстановление кровотока, по данным УЗИ с ЦДК, происходило с первых по четвертые-пятые сутки, изменение эхоструктуры яичника – с третьих-четвертых суток, появление фолликулов – с 5–7-х суток. У пяти больных в послеоперационном периоде из-за отсутствия положительной динамики при динамическом УЗИ выполнены повторная лапароскопия и удаление раскрученных ПМ в сроки от семи до десяти дней.

**Выводы.** Клиническая картина при ПМ у девочек неспецифична, патогномичных симптомов не выявлено. Заболевание начинается внезапно с острой боли в нижних отделах живота. Симптомы пассивного мышечного напряжения и раздражения брюшины отсутствуют. Лабораторные данные неинформативны. УЗИ органов малого таза с ЦДК в первые часы заболевания может иметь ложноотрицательные результаты. Только с течением времени появляются достоверные признаки отсутствия кровотока и деструктивных изменений в ткани яичника. Интраоперационная картина нередко обманчива – макроскопический вид перекрученного яичника не коррелирует с микроскопическими изменениями, что нередко приводит к органосохраняющей операции.

## Голодные игры разума: главное, что нужно знать гинекологу о расстройствах пищевого поведения

А.А. Шмилович, д.м.н.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Пациентки подросткового возраста на приеме у врача-гинеколога часто обнаруживают клинически значимый дефицит веса. Как правило, это тесно связано с психическими расстройствами, формирующими предпосылки для возникновения расстройств пищевого поведения (РПП). Наблюдаются ограничение пищи, рвота, прием слабительных и диуретиков, неумеренные физические нагрузки. Гинекологи часто сталкиваются с соматической патологией, когда вес тела на 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела продолжительное время не превышает 17,5 кг/м<sup>2</sup>. Существенную роль в развитии соматических нарушений и психопатологии РПП играют сопутствующие эндокринопатии.

Группа РПП, выделенная в отдельную рубрику в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, на самом деле полиморфна, клинически гетерогенна и крайне вариабельна. Для ее систематизации и разграничения по синдромальным группам применяется системный подход. Использование данной методологии позволяет феноменологически представить РПП в виде четырехкомпонентного образования:

- 1) перцептивный компонент – расстройства ощущений и восприятия;
- 2) когнитивный – расстройства мышления, интеллекта, памяти и внимания;
- 3) аффективный – расстройства эмоциональной сферы;
- 4) поведенческий – расстройства воли, влечений и психомоторики.

У больных РПП с преобладанием сенситивного компонента синдрома выделяют:

- расстройства схемы тела и психосенсорного синтеза («я вижу в зеркале страшного бегемота, живот похож на огромный барабан, ляжки выглядят как раздутые шары»);
- сенестопатии («еда неподвижным булыжником лежит в животе... я чувствую, как мои органы спазмируют и горят от попавшей внутрь пищи»);
- галлюциноз («отдельные куски пищи разлагаются, гниют и издают зловоние... в теле поселились злые духи»);
- телесные фантазии («я чувствую, как жир проникает через кишечник под кожу и накапливается там... я ощущаю, как раздуваются мои живот и бедра»);
- конверсии («когда я волнуюсь, мои руки и ноги немеют, к горлу подкатывает ком и пища там застревает... острая боль пронзает мое тело от промежности до головы и начинается рвота»).

При обнаружении в картине РПП с преобладанием когнитивного компонента синдрома эти нарушения оказываются либо обсессивно-компульсивными, либо сверхценными/бредовыми. Навязчивыми или сверхценными бывают убеждения, которые сводятся к одному – идее самоуничтожения. Продолжительное доминирование подобной идеи приводит к формированию устойчивой дисморфофобии, компульсивному перееданию и очистительному поведению. Бредовой регистр РПП представлен паранойей самоуничтожения («я не достойна есть»), persecutory бредом («я боюсь есть»), бредовой ипохондрией («мне вредно это есть»), синдромом Кандинского («мне приказывают не есть»), систематизированной парафренией («теперь я могу не есть»).

Значительную долю больных РПП составляют пациенты с преобладанием аффективного компонента, которых в свою очередь можно подразделить на пациентов с тревожным, депрессивным и биполярным спектром нарушений.

Депрессивные расстройства, коморбидные РПП, имеют шесть разновидностей:

- 1) меланхолическая – «нет смысла есть»;
- 2) астеническая – «нет сил есть»;
- 3) ангедоническая – «нет удовольствия от еды»;
- 4) витальная – «нет чувства голода»;
- 5) анестетическая – «пища как трава»;
- 6) бредовая – «не достоин есть, наказание голодом».

Тревожные нарушения при РПП чаще представляют собой панические атаки и тревожно-фобические нарушения. У пациентов обычно отчетливо прослеживается картина компульсивного переедания с формированием инсулинорезистентности, ожирения и сахарного диабета 2-го типа.

Расстройства биполярного спектра очень часто принимают непосредственное участие в происхождении, клиническом оформлении и динамике РПП. В этих случаях удовлетворение или неудовлетворение влечения





## Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

к еде приводит к частым и амплитудным нарушениям эмоций как в гипо-, так и в гипертимную сторону. Подобные колебания тем болезненнее, выразительнее и продолжительнее, чем более циклотимичный анамнез и эндофенотип пациентки.

Поведенческий компонент основного синдрома при РПП представлен классическими для того или иного расстройства личности поведенческими паттернами: истерическим (демонстративно-шантажная рвота и отказ от еды), эпилептоидным (голодание как тренировка воли, упрямство в достижении идеального тела), паранойальным (похудание как средство достижения сверхцели (балет, танцы, отношения, здоровье)), психастеническим (компульсивное переедание для купирования тревоги и страха), неустойчивым (перверзный, мазохистический, аддиктивный мотив), шизоидным (любопытство и поиск себя, рефлексия), пограничным (стабилизация настроения, успокоение, аддикция).

Преобладание поведенческого компонента практически всегда сопровождается аддиктивными нарушениями, имеющими прямое отношение к синдрому генезу психопатологии при РПП. У больных наблюдается своеобразная гипогликемическая аддикция с «аноректическими запоями» на стадии роста толерантности, феномен «непрерывной гипогликемизации» на стадии «плато толерантности» и отдаленной стадии истощения толерантности – булимические эксцессы.

Системный анализ расстройств пищевого поведения, позволяющий клинически типировать их на четыре варианта, также дает возможность обозначить терапевтические предпочтения по персонифицированной работе с пациентами. При перцептивном варианте РПП предпочтение следует отдавать малому нейрореплеттику, при когнитивном – антипсихотику, при аффективном – антидепрессантам, нормотимикам и бензодиазепинам. Поведенческий вариант более чувствителен к корректорам поведения и психотерапии.

Таким образом, расстройства пищевого поведения, выявленные в кабинете врача-гинеколога, всегда имеют психопатологическую основу. Они крайне полиморфны и гетерогенны. Их диагностика требует системного подхода и динамического наблюдения психиатра. Эффективная терапия РПП возможна только при сочетанном применении психотропных препаратов и психотерапии. Гинеколог может спасти жизнь девочке-подростку, если будет настойчиво и без стеснения убеждать пациентку и ее родителей обратиться к врачу-психиатру.



## • конференции • выставки • семинары •

**Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для ВРАЧЕЙ различных специальностей, ПРОВИЗОРОВ и ФАРМАЦЕВТОВ. Мы работаем ПО ВСЕЙ РОССИИ!**

• Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •  
• Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •  
• Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

**Организация профессиональных медицинских форумов для врачей, провизоров и фармацевтов.  
Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!**

# DISCOVERYMED

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2023 ГОД

## Первое полугодие

**17 марта**

III Научно-практическая конференция  
с международным участием  
**«Поли- и коморбидный пациент на приеме у терапевта»**

**29 марта**

онлайн-конференция  
**«Онкопревенция в урологии и гинекологии»**

**12 апреля**

XV Международная научно-практическая конференция  
**«Актуальные вопросы неврологии»**  
с участием Евразийской ассоциации неврологов

**26 апреля**

V Междисциплинарная научно-практическая конференция  
**«Репродуктивное здоровье населения:  
реалии и перспективы»**

**17 мая**

III Научно-практическая конференция  
**«Кишечные инфекции: современная диагностика и терапия»**  
с симпозиумом «Нарушения микробиоты при кишечных  
инфекциях: эффективные и безопасные методы коррекции»

**2 июня**

IV Научно-практическая конференция с международным участием  
**«Кардиопрвенция: настоящее и будущее»**

**22-23 июня**

научно-практическая конференция  
с международным участием  
**«Белые ночи Санкт-Петербурга»**  
**«СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»**  
(экология, образ жизни, эпидемиология, профилактика, диагностика  
и лечение: стандарты и персонализированная медицина)

# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



[umedp.ru/magazines](http://umedp.ru/magazines)



[elibrary.ru/contents](http://elibrary.ru/contents)



ИЗДАЕТСЯ С 2005 ГОДА

ПО ВАШЕМУ ПРОФИЛЮ

- Журнал «Эффективная фармакоterapia» включен в перечень рецензируемых научных изданий **ВАК** по научным специальностям: акушерство и гинекология; болезни уха, горла и носа; гастроэнтерология; глазные болезни; внутренние болезни; инфекционные болезни; кардиология; клиническая иммунология, аллергология; кожные и венерические болезни; нервные болезни; онкология; педиатрия; пульмонология; ревматология; урология; эндокринология
- Онлайн-версия на медпортале [umedp.ru](http://umedp.ru) и в электронных рассылках
- Информационный партнер главных медицинских мероприятий
- Распространяется бесплатно



# Гайномакс ПЛЮС



тинидазол 300 мг, тиоконазол 200 мг, лидокаин 100 мг<sup>1</sup>



НОВИНКА

## ЕЩЕ ОДИН ШАГ К СОВЕРШЕНСТВУ<sup>1,2</sup>



## ПОМОГАЕТ ПРОФЕССИОНАЛАМ В ТЕРАПИИ ВВИ\*<sup>1</sup> **ВСЕГО ЗА 3 ДНЯ<sup>1</sup>**

РЕКЛАМА

№1

Единственная вагинальная форма  
тиоконазола, тинидазола и лидокаина  
в России для лечения ВВИ\*<sup>3</sup>



Антибактериальное, противогрибковое,  
противопрозоидное,  
местноанестезирующее действие<sup>1</sup>

3 дня  
курс лечения<sup>1</sup>

Короткий курс  
повышает приверженность  
к терапии<sup>4</sup>

\* ВВИ – вирус иммунодефицита человека

1. Инструкция по применению Гайномакс® Плюс ЛП-007799-170122.  
2. Инструкция по применению Гайномакс® Плюс 000007 от 20.10.2015.  
3. <http://rui.rosminzdrav.ru/Default.aspx?lang=ru&id=66032003>.  
4. Ших Е.В., Попова Н.В., Попова И.А. Короткие курсы антибиотиков терапии при бактериальных инфекциях: возможности современной фармакологии. Тезисы докладов, 2022:244-271-276. DOI: 10.26402/2079696/2022.4.201826.

**Торговое название:** Гайномакс Плюс. **Регистрационный номер:** ЛП-007799-170122. **МНН:** лидокаин + гиндолат + тиоконазол. **Лекарственная форма:** суппозитории вагинальные. **Состав:** каждый суппозиторий содержит активные вещества: тиоконазол (противогрибковое средство), лидокаин – 100 мг, тинидазол – 300 мг. **Фармакотерапевтическая группа:** противомикробные средства системного действия. **Противопоказания:** беременность, период лактации, детский возраст до 18 лет (отсутствует данные по эффективности и безопасности). **Препарат противопоказан при беременности и в период грудного вскармливания. Спосб применения и дозы:** интравагинально. Один вагинальный суппозиторий вводить один раз в течение 3 дней. Суппозитории предварительно освободить от внешней упаковки (упаковка следует хранить глубоко во холодильнике). В холодном виде на сплит, после тщательной обработки наружных половых органов. Пациенты курс лечения должны полностью завершить в течение 3 дней. **Побочные действия:** местные реакции: зуд, покраснение и отек в месте введения; снижение количества лейкоцитов крови; увеличение лейкоцитов в моче; головная боль, слабость, головокружение, тошнота, диарея, снижение аппетита, спастические боли в брюшной полости, крапивница, крапивница, зуд, кожная сыпь, анафилактические реакции; тревожность, лабильность настроения; головная боль, головокружение, при длительном применении препарата периферическая нейропатия, судороги, тремор; для тяжелых нарушений (гипоксия, гипоксемия); темная моча. **Форма выпуска:** суппозитории вагинальные 100 мг + 300 мг + 200 мг. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** отпускается по рецепту. **Производитель:** Либел Илва-Сан. В.Тел.А.С. **Получить дополнительную информацию о препарате, а также направить свои претензии и информацию о нежелательных явлениях можно по следующему адресу в России:** ООО «Ацино Рус», 129110, г. Москва, проспект Олимпийский, дом 16, строение 5, этаж 6, помещение 1. Телефон: +7 (495) 502-92-47. E-mail: [medinfo\\_rus@acino.rus](mailto:medinfo_rus@acino.rus), [quality\\_rus@acino.rus](mailto:quality_rus@acino.rus), [safety\\_rus@acino.rus](mailto:safety_rus@acino.rus).

ООО «Ацино Рус», Россия, 129110, г. Москва, проспект Олимпийский, дом 16, строение 5, этаж 6, помещение 1.  
Тел. +7 (495) 502-92-47

E-mail: [medinfo\\_rus@acino.rus](mailto:medinfo_rus@acino.rus), [safety\\_rus@acino.rus](mailto:safety_rus@acino.rus), [quality\\_rus@acino.rus](mailto:quality_rus@acino.rus)

ГИБ/ИИ/022023/576

ИНФОРМАЦИЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.  
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ  
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ