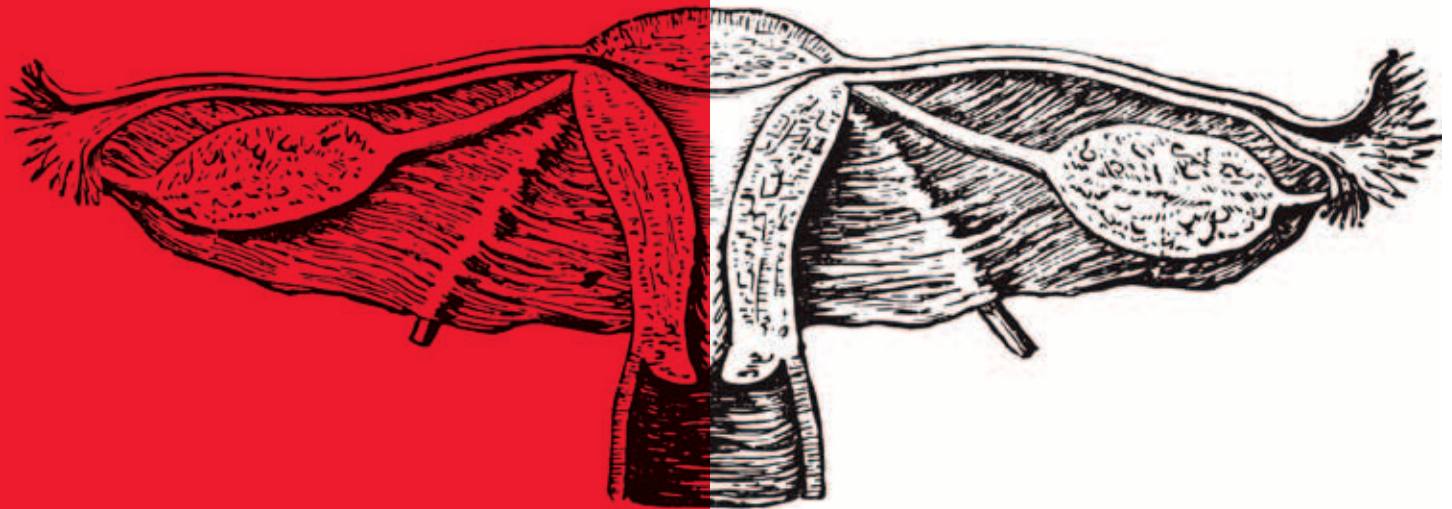


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

акушерство и гинекология №2, 2018



№

23

Климактерический синдром: возможности фитотерапии

8

Нарушения мочеиспускания у женщин с дисфункцией тазового дна

12

Комбинированные препараты в лечении вагинальных инфекций

32



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала

IX международный научный конгресс «ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»



24–27 октября 2018 г.
Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3

Организаторы конференции

Общество акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга
и Северо-Западного Региона
Российское общество акушеров-гинекологов
Российская ассоциация гинекологов-эндоскопистов
Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта РАМН

Президент конгресса

Айламазян Эдуард Карпович
Лауреат премии Правительства РФ,
заслуженный деятель науки РФ,
академик Российской академии наук,
доктор медицинских наук,
профессор

Основные направления программы конгресса:

- ✓ Хирургическое и комбинированное лечение эндометриоза
- ✓ Миома матки: сегодняшний день и перспективы
- ✓ Инновации в онкогинекологии
- ✓ Хирургия тазового дна
- ✓ Хирургическая анатомия малого таза у женщин
- ✓ Хирургические технологии при невынашивании беременности
- ✓ Осложнения и типичные ошибки при гинекологических операциях
- ✓ Сестринское дело в современной оперативной гинекологии

В рамках конгресса запланированы пре-конгресс курсы (1 день). Официальная часть конгресса продлится 3 дня. Отведены дополнительных 4 зала для проведения сателлитных симпозиумов и круглых столов в рамках конгресса. Запланирована выставка фармацевтической продукции и медицинской техники. LIVE-трансляции операций будут осуществляться параллельно из 3 операционных в 3 зала конгресса в режиме non-stop.

Организационный комитет конгресса:

Телефон +7 (812) 328-70-93

E-mail: gcongressott@gmail.ru

Подробнее о мероприятии: <http://congress-ott.ru/>

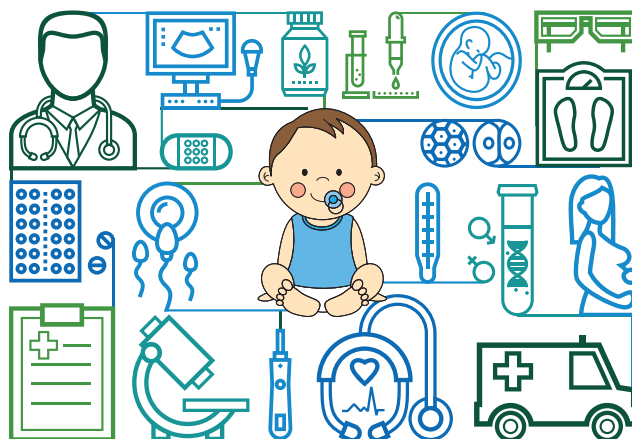
Организатор



Технический
организатор



ОБЩЕСТВО
ПО РАЗВИТИЮ
МЕДИЦИНЫ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЕРСТВО



16-17 СЕНТЯБРЯ 2018 ГОДА

XIII ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

СОВРЕМЕННАЯ ПЕРИНАТОЛОГИЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ТЕХНОЛОГИИ, КАЧЕСТВО

Актуальные научно-практические вопросы
современной перинатологии

Инновационные методы профилактики, диагностики,
лечения заболеваний

Перспективы развития области и совершенствование
технологий, обмен опытом

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!

г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 31а, стр. 1
Гостиница «Ренессанс Москва Монарх Центр»

Регистрация на сайте <http://www.raspm.ru> или по почте: info@raspm.ru

Телефон для справок 8 963 961 64 12

26–28 СЕНТЯБРЯ 2018 ГОДА
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»



XIX ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя

и VI СЪЕЗД АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ РОССИИ

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушерок России
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»



В РАМКАХ ФОРУМА:

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ – ОТ БАЗОВЫХ
ПРИНЦИПОВ ДО ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ
Национальный научно-образовательный эхографический
конгресс при поддержке ISUOG

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:
СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, МЕДИЦИНСКИЕ РЕШЕНИЯ
VIII Научно-практическая конференция



ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2018
XX Юбилейная Международная специализированная выставка
оборудования, лекарственных препаратов по акушерству,
гинекологии и неонатологии

- + Пре-конгресс курс с демонстрацией сложных клинических наблюдений «Алгоритмы ультразвуковой диагностики и мониторинга при аномалиях развития плода» (25 сентября), ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
- + Пост-конгресс школа «Магнитно-резонансная томография: трудный диагноз в акушерстве, гинекологии и неонатологии» (28–29 сентября), ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Научные и клинические направления программы форума

1. Вопросы организации здравоохранения:

- повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям;
- перинатальные потери – профилактика и аудит;
- судебно-медицинские аспекты в практике акушера-гинеколога.

2. Акушерство:

- лечебная тактика при вращении плаценты;
- акушерский сепсис – актуальность, особенности диагностики и клиники;
- актуальные вопросы «больших акушерских синдромов»;
- фетальная медицина – перспективы развития.

3. Гинекология:

- детская гинекология – нерешенные вопросы;
- заболевания вульвы, влагалища и шейки матки;
- доброкачественные опухоли органов репродуктивной системы;
- оперативная гинекология;
- гинекологическая эндокринология;
- планирование семьи;
- бесплодие в браке;
- онкогинекология;
- эстетическая гинекология.

4. Дискуссионные и нерешенные вопросы в неонатологии и педиатрии:

- орфанные заболевания новорожденных, современные принципы лечения;
- обменные заболевания новорожденных;
- иммунотерапия основных патологических состояний у новорожденных;
- клинический аудит в неонатологии.

5. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии:

- роль эхографии в диагностике и определении тактики ведения при больших акушерских синдромах;
- порные вопросы ультразвуковой диагностики внутриутробных инфекций.

6. Вопросы смежных дисциплин:

- клиническая трансфузиология;
- молекулярно-генетические исследования в перинатальной медицине.

7. Непрерывное профессиональное медицинское образование:

- образовательные программы по НМО для акушеров-гинекологов и неонатологов с применением возможностей телемедицины.

8. Телемедицинские технологии в здравоохранении:

- организационные вопросы использования дистанционных технологий при работе с пациентами.

Заявки на устные доклады принимаются на рассмотрение
Руководителем научной программы – Барановым И.И.
Прием устных докладов – до 1 июля 2018 года.

Контактная информация

Участие в научной программе

Баранов Игорь Иванович
Тел.: +7 (495) 438-94-92
+7 (495) 438-77-44
E-mail: i_baranov@oparina4.ru

Участие в выставке

Ранская Светлана
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (108)
Моб.: +7 (926) 610-23-74
E-mail: svetlana@mediexpo.ru

Регистрация участников

Сизова Мария
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (111)
Моб.: +7 (929) 646-51-66
E-mail: reg@mediexpo.ru

Бронирование гостиницы

авиа и ж/д билетов
Лазарева Елена
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (119)
Моб.: +7 (926) 095-29-02
E-mail: lazareva@mediexpo.ru

МЕДИ Экспо

Конгресс-оператор
Тел.: +7 (495) 721-88-66
E-mail: expo@mediexpo.ru
Сайт: www.mediexpo.ru

Подробнее на сайтах:
www.mother-child.ru,
www.mediexpo.ru

Эффективная
фармакотерапия. 23/2018.
Акушерство
и гинекология. № 2

ISSN 2307-3586

Главный редактор

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

Ответственный секретарь

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия

докт. мед. наук, проф. В.В. БАДОКИН

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

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

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

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

докт. мед. наук, проф. А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Редакционный совет направления

«Акушерство и гинекология»

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА,

В.Е. БАЛАН, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,

О.А. ГРОМОВА, И.В. КУЗНЕЦОВА,

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

Т.А. ОБОСКАЛОВА, Т.В. ОВСЯННИКОВА,

С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,

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

А.Л. ТИХОМИРОВ, Е.В. УВАРОВА

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор

А. СЕНИЧКИН

Руководитель проекта

«Акушерство и гинекология»

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

Выпускающий редактор А. КЯЖИНА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА,

А. ШУСТОВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Тираж 20 000 экз.

Выходит 6 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала

на сайте www.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

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен

в перечень рецензируемых научных изданий ВАК

и индексируется в системе РИНЦ

Содержание

Люди. События. Даты

Здоровые гены – здоровые дети 6

Клинические исследования

Н.А. ТАТАРОВА, В.А. ЛИНДЕ, М.С. АЙРАПЕТЯН, Е.В. ЖИГАЛОВА
Стартовая терапия климактерического синдрома: как не опоздать 8

В.Е. БАЛАН, Е.В. ТИХОМИРОВА, Н.А. ЩУКИНА, И.В. КРАСНОПОЛЬСКАЯ
Недержание мочи у женщин с дисфункцией тазового дна в перименопаузе
и постменопаузе 12

Лекции для врачей

И.А. АПОЛИХИНА, А.С. ЧОЧУЕВА, А.С. САИДОВА
Тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи
на приборе PELVIC-FIT 18

В.Е. БАЛАН, Е.В. ТИХОМИРОВА, А.В. ЦАРЬКОВА
Предменструальный синдром. Устаревшая проблема? 24

Медицинский форум

Вагинальные инфекции, воспалительные заболевания органов малого таза,
цервикальная интраэпителиальная неоплазия: что лечить в первую очередь 32

Effective Pharmacotherapy. 2018.
Issue 23. Obstetrics
and Gynecology. Issue 2

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.V. BADOKIN, MD, DMSci, Prof.

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

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

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

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

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

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

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

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

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

A.I. SINOPALNIKOV, MD, DMSci, Prof.

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

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

Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

Ye.V. UVAROVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

Ye. KONEVA

e.koneva@medforum-agency.ru

Contents

People. Events. Dates

Healthy Genes – Healthy Children 6

Clinical Studies

N.A. TATAROVA, V.A. LINDE, M.S. AYRAPETYAN, Ye.V. ZHIGALOVA
Starting Therapy of Climacteric Syndrome: How Not to Be Late 8

V.Ye. BALAN, Ye.V. TIKHOMIROVA, N.A. SHCHUKINA, I.V. KRASNOPOLSKAYA
Urinary Incontinence in Women with Pelvic Floor Dysfunction in Perimenopause
and Postmenopause 12

Clinical Lectures

I.A. APOLIKHINA, A.S. CHOCHUYEVA, A.S. SAIDOVA
Possibilities of Training the Pelvic Floor Muscles in the Biofeedback Mode
on the PELVIC-FIT Device 18

V.Ye. BALAN, Ye.V. TIKHOMIROVA, A.V. TSARKOVA
Premenstrual Syndrome. The Outdated Problem? 24

Medical Forum

Vaginal Infections, Pelvic Inflammatory Diseases, Cervical Intraepithelial Neoplasia:
What Should Be Treated First 32



БЕМИПАРИН ЦИБОР®

Современный выбор для профилактики
венозной тромбоземболии¹

- Удобство применения
в клинической практике¹
- Оптимальный
фармакологический
профиль²
- Выраженный
анти тромботический эффект.
Минимальный риск развития
кровотечений²



1. Инструкции по применению препарата Цибор® 2500 - ЛСР-004369/09 с изменениями от 01.12.2015, и препарата Цибор® 3500 - ЛСР-004370/09 с изменениями от 08.12.2015.
2. Pharmacother 2003; 4(9):1551-61

*** Краткая инструкция по применению препарата Цибор®:**

Показания к применению: профилактика тромбоземболии у пациентов при общехирургических вмешательствах и ортопедических операциях; профилактика тромбоземболии у пациентов с высоким или умеренным риском тромбообразования (без хирургического вмешательства); вторичная профилактика рецидивов венозной тромбоземболии у пациентов с тромбозом глубоких вен и преходящими факторами риска; профилактика свертывания крови в системе экстракорпорального кровообращения при проведении гемодиализа. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к бемипарину натрия, гепарину или продуктам переработки органов свиней; подтвержденная тромбоцитопения или подозрение на тромбоцитопению, иммунологически обусловленную гепарином, в анамнезе; активные кровотечения и нарушение свертываемости крови; тяжелые нарушения функции печени и поджелудочной железы; травмы или оперативные вмешательства в области центральной нервной системы, органов зрения и слуха; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в рамках индуцированной гепарином тромбоцитопении; острый бактериальный эндокардит и затяжной эндокардит; органические нарушения с повышенным риском кровотечений (активная язвенная болезнь, геморрагический диатез с повышенным риском кровотечений (активная язвенная болезнь, геморрагический инсульт, церебральная аневризма или церебральная неоплазия); детский возраст. **С осторожностью:** печеночная или почечная недостаточность; неконтролируемая артериальная гипертензия; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе; мочекаменная болезнь; заболевания радужной оболочки и сетчатки; при проведении спинномозговой или эпидуральной анестезии и/или люмбальной пункции. **Побочное действие:** частота побочных эффектов при назначении бемипарина натрия соответствует сообщаемой для других низкомолекулярных гепаринов. Наиболее часто сообщаемым побочным эффектом является гематома и/или экхимоз в месте инъекции. Включен в Российские клинические рекомендации по профилактике венозных тромбоземболических осложнений в травматологии и ортопедии (утверждены на совещании экспертов Ассоциации травматологов-ортопедов России и Ассоциации флебологов России 20.05.2015). Журнал "Флебология", том 9, выпуск 2, 4.2015. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата Цибор® 2500 - ЛСР-004369/09 с изменениями от 01.12.2015 и препарата Цибор® 3500 - ЛСР-004370/09 с изменениями от 08.12.2015.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10. БЦ «Башня на Набережной», Блок Б.
Тел: (495) 785-01-00, факс (495) 785-01-01, <http://www.berlin-chemie.ru>
Отпускается по рецепту. Информация для специалистов здравоохранения.
RU_ZIB-01-2017. Утверждено в печать 07.2017

Реклама

 **БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

Здоровые гены – здоровые дети

21 и 22 июня в Санкт-Петербурге российские и зарубежные специалисты обсудили возможности преимплантационного генетического тестирования в области вспомогательных репродуктивных технологий.

Проблема селекции здоровых эмбрионов после проведения процедуры ЭКО обсуждается в мире на протяжении 28 лет. В России актуальность исследования не менее высока, но отсутствие государственной поддержки и материально-технической базы научных лабораторий долгое время не давало возможности развиваться новой перспективной отрасли генетики. Именно поэтому участие в международных конференциях сегодня – важное подспорье для российских ученых, которое позволяет им узнать о последних мировых тенденциях в области преимплантационного генетического тестирования.

Уже второй год подряд петербургский медицинский холдинг «Медика» стал инициатором проведения научно-практической конференции, в рамках которой выступили специалисты международного уровня в области человеческой эмбриологии, репродуктологии и генетики. В этом году уникальные научные работы представили врач-генетик, заместитель директора Чикагского института репродуктивной генетики, руководитель Партнерского центра по профилактике генетических заболеваний ВОЗ Анвер КУЛИЕВ, пионер и эксперт в области эмбриологии и преимплантационной генетики, осуществивший первую в истории диагностику пола эмбриона на самых ранних сроках его жизни, Алан ХЭНДИСАЙД, первый в Турции врач, применивший преимплантационную генетическую диагностику, член Высшего совета Министерства здравоохранения Турции по генетике Семра КАХРАМАН и научный ди-

ректор Центра Сателлит СИЗМЕР ди Рикьоне, научный директор международной корпорации PARC, доктор Лука ДЖИАНАРОЛИ.

Преимплантационное генетическое тестирование – наиболее безопасный и точный метод обнаружения таких генетических заболеваний, как синдром Дауна, Патау и Эдвардса, предрасположенности к различным видам онкологии и широкому спектру моногенных заболеваний. В отличие от традиционных перинатальных способов исследования, которые могут нести угрозу беременности, он не предполагает хирургического вмешательства и не представляет опасности для матери и ребенка. Процедура проводится на третий или пятый день после ЭКО: из каждого образца извлекается несколько клеток для анализа. Сегодня, когда развитие технологий позволяет не только выявлять гены уже известных заболеваний, но и получать знания о появлении новых форм наследственных недугов, актуальность такого исследования возрастает в разы.

На конференции обсуждалась также современная доступность преимплантационного генетического тестирования в различных странах мира. К сожалению, в нашей стране процедура не входит в программу государственного финансирования, несмотря на специфические эндогенные факторы, которые обуславливают высокую практическую значимость преимплантационного генетического тестирования для национального здоровья. Гемолитические и сердечно-сосудистые заболевания – одни из самых частых опасных недугов, которые россияне передают по наследству и которые

можно предотвратить на стадии преимплантационной генетической диагностики. «В России значительная часть населения – обладатели негативного резуса. Это вызывает гемолитическую болезнь новорожденных. Растет также процент сердечно-сосудистых заболеваний. У детей с генетической к ним склонностью существует риск скоропостижной смерти. Если, например, больных с геном гипертрофической кардиомиопатии отдают в футбол и другие спортивные секции с высокими нагрузками, у них наступает мгновенная смерть. И потом уже только выясняется, что им нельзя было давать такую серьезную нагрузку», – отмечает врач-генетик Анвер Кулиев.

В целом показания для преимплантационного генетического тестирования в мире едины, но только некоторые российские клиники обладают возможностью проведения всего спектра исследований эмбрионов. Крупные петербургские медицинские учреждения, в числе которых и Центр репродукции и планирования семьи «Медика», работают в полном соответствии с международными стандартами. Организуя подобные конференции, медицинский холдинг «Медика» ставит целью не только идти в ногу со временем, но и развивать и укреплять связи с зарубежными научными институтами. В частности, уже стало известно, что Чикагский институт репродуктивной генетики возьмет под контроль репродуктивное направление в рамках работы холдинга, а значит, преимплантационная генетическая диагностика в наших клиниках выйдет на еще более высокий уровень. ♡

Источник: медицинский холдинг «Медика»



5-8 СЕНТЯБРЯ 2018, УФА

XXVIII ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РАРЧ

“РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
СЕГОДНЯ И ЗАВТРА”

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Женское бесплодие: диагностика и лечение
- Подготовка к ВРТ
- Новые протоколы стимуляции яичников
- Культивирование гамет и эмбрионов
- Селекция сперматозоидов, ооцитов и эмбрионов
- Эндометрий и имплантация эмбриона
- Беременность и здоровье детей после ВРТ
- Криоконсервация и хранение репродуктивного материала
- Генетические аспекты ВРТ, ПГД
- Донорство гамет и эмбрионов
- Суррогатное материнство
- Мужское бесплодие: диагностика и лечение
- ВРТ у пациентов с онкологическими заболеваниями
- Сохранение фертильности мужчин и женщин
- Вирусные инфекции и ВРТ
- Эндоскопия в лечении женского бесплодия
- Эндометриоз и бесплодие
- Риски и осложнения ВРТ
- Анестезия для ВРТ
- Психология и этика в репродуктивной медицине
- Контроль качества в сфере ВРТ
- Социальные и экономические аспекты лечения бесплодия
- Экология и репродуктивная функция
- Новые технологии в репродукции: от эксперимента к практике

www.conf.rahr.ru

Организаторы:



Российская
ассоциация
репродукции
человека



Министерство
здравоохранения
Республики
Башкортостан



Журнал
«Проблемы
репродукции»



Конгресс-оператор:

По вопросам оплаты и регистрации участников
Вы можете обратиться:

Говорун Елена Михайловна
Тел. +7(921) 441-36-65
E-mail: govorun@rahr.ru

По всем организационным вопросам
Вы можете обратиться:

Радмила Тихомирова
Тел. +7 (495) 646-01-55, доб. 118
E-mail: rtikhomirova@ctogroup.ru

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

² Ай-Клиник СЗ, Санкт-Петербург

Стартовая терапия климактерического синдрома: как не опоздать

Н.А. Татарова^{1,2}, В.А. Линде¹, М.С. Айрапетян¹, Е.В. Жигалова²

Адрес для переписки: Нина Александровна Татарова, nina-tatarova@yandex.ru

В статье представлены данные об эффективной коррекции психоэмоциональных расстройств и невротических синдромов у женщин с климактерическим синдромом средней степени тяжести с помощью комбинированного лекарственного препарата.

Ключевые слова: климактерический синдром, психоэмоциональные и невротические расстройства, фитоэстрогены

Введение

В переходном менопаузальном периоде у женщин на первый план выступают процессы дизадаптации [1]. Нарушения работы биологических часов организма значительно влияют на здоровье и качество жизни [2]. Роль биологических часов в организме женщины играют супрахиазматические ядра гипоталамуса, осуществляющие не только центральную, но и периферическую регуляцию биоритмов в различных органах и тканях [3]. Циркадный ритм претерпевает существенные изменения в критические периоды жизни женщины: пубертатном, репродуктивном и переходном менопаузальном [4]. В основе развития сочетанных менопаузальных расстройств могут лежать нарушения центральной регуляции, которые вполне укладываются в концепцию десинхронизации биологических ритмов в момент адаптации к новым условиям эстрогенного дефицита [5]. Ночные приливы и гипергидроз – значимые факторы нарушения циркадного цикла «сон – бодр-

ствование». По мере снижения уровня эстрогенов происходит перестройка ритмов секреции нейроактивных субстанций, к клиническим проявлениям которой относятся не только вазомоторные симптомы, но и лабильность настроения и гипертензия [6]. Переходный менопаузальный период – новый этап в жизни женщины, время синхронизированной перестройки регуляторных систем организма. Проявления климактерического синдрома условно делятся на ранние, средневременные и поздние. Раньше других развиваются вазомоторные расстройства, которые доминируют в течение года после наступления менопаузы и в среднем наблюдаются до пяти лет [7]. Менопаузальная гормональная терапия – несомненный метод выбора коррекции климактерических расстройств. Однако часто в связи с наличием противопоказаний или негативным отношением пациентки к гормональным методам лечения приходится искать альтернативные методы, которые

позволяют достичь положительного терапевтического и профилактического эффекта без риска развития патологии репродуктивных органов и с минимальными побочными эффектами. Альтернативные методы обладают сходным с гормональной терапией механизмом действия, но не вызывают нежелательных явлений (пролиферативной активности в миометрии, эндометрии, молочной железе, повышения риска тромбозов и т.д.) [8–10]. Как правило, выбор склоняется в пользу натуральных продуктов – фитоэстрогенов и фитогормонов [11, 12].

Комбинированные лекарственные препараты

В качестве стартовой терапии климактерического синдрома может использоваться комбинированный препарат Климактоплан Н, в состав которого входят стандартизованные компоненты: экстракты цимицифуги кистевидной (*Cimicifuga racemosa*), сепии (*Sepia officinalis*), сангвинарии (*Sanguinaria canadensis*) и игнации (*Strychnus ignatii*). Оптимальная комбинация ингредиентов обеспечивает синергический эффект в лечении соматических и психических расстройств переходного менопаузального синдрома. Кроме того, применение комбинированных препаратов способствует не только улучшению качества жизни женщин, но и снижению риска кардиометаболических заболеваний [12, 13].



Cimicifuga racemosa сертифицирована в Германии для лечения нейровегетативных симптомов климактерического синдрома [2]. Эффективно устраняет комплекс вегетативных расстройств климактерического периода (приливы, потливость, эмоциональную лабильность и др.). Выступает как селективный модулятор эстрогенных альфа- и бета-рецепторов. При взаимодействии с генами, регулируемыми эстрогенами, оказывает селективное эстрогенмодулирующее влияние на определенные органы, избирательно снижая концентрацию лютеинизирующего гормона в крови. Действует как частичный агонист серотониновых рецепторов, которые вовлечены в процессы терморегуляции. Активация этих рецепторов ведет к увеличению адаптационного резерва терморегуляторной зоны коры, способствуя снижению частоты и интенсивности приливов. Влияние на ГАМК-рецепторы способствует купированию климактерических и менопаузальных симптомов. Улучшение регуляции других видов рецепторов при приливах снижает болевые ощущения и нормализует эмоциональный фон. Благодаря противовоспалительному действию экстракт *Cimicifuga racemosa* уменьшает боль в мышцах и суставах у женщин в переходном менопаузальном периоде [3, 12, 13]. Деоксиактеин в составе экстракта *Cimicifuga racemosa* способствует профилактике повреждений бета-клеток поджелудочной железы и стимулирует улучшение метаболизма сахаров [12, 14]. Стандартизованный экстракт *Cimicifuga racemosa* может способствовать предотвращению постменопаузального остеопороза, оказывать остеопротективное действие [12]. Важное фармакологическое действие экстракта *Cimicifuga racemosa* – противоопухолевый эффект за счет увеличения уровней проапоптотических белков [4, 12]. Фармакологические свойства экстракта *Cimicifuga racemosa* дополняются антиоксидантным, радиопротективным, адаптогенным, геропротективным эффек-

том меланина в составе экстракта *Sepia officinalis*. Меланин – антиоксидант, замедляет процесс старения кожи и, в частности, отложение в коже пигментных пятен липофусцина, особенно на открытых участках на лице и кистях рук [5, 15, 16]. Устраняет повышенную потливость и головную боль, снимает депрессию, раздражительность, апатию, безразличие. Экстракт *Sanguinaria canadensis* содержит различные алкалоиды, адекватные дозы которых проявляют тонизирующий, болеутоляющий и антибактериальный эффект [5, 15, 16], в том числе способствуя разрушению бактериальных пленок на поверхности зубной эмали [5, 15, 16]. Оказывает слабый противовирусный эффект по отношению к папилломавирусной инфекции. Нормализует сосудистый тонус, устраняет головную боль, мигрень, приливы жара, усиленное сердцебиение. Игнация влияет на психоэмоциональный статус пациенток, помогая избавиться от депрессии, раздражительности, циклических колебаний настроения, чувства неуверенности в себе. Кроме того, воздействует на проявления дерматозов, крапивницы, вызванных психоэмоциональными факторами.

Цель исследования

Оценить эффективность коррекции комбинированным лекарственным препаратом Климактоплан Н психоэмоциональных расстройств и невротических синдромов у женщин с климактерическим синдромом средней степени тяжести.

Материал и методы

В клиническое исследование были включены 20 пациенток в переходном менопаузальном периоде (от 48 до 50 лет).

Критерии включения:

- клинические симптомы эстрогенного дефицита;
- индекс массы тела ≥ 30 кг/м², окружность талии ≥ 88 см, коэффициент «окружность талии – окружность бедер» $\geq 0,85$;

- отсутствие менопаузальной гормональной терапии в течение 12 предшествующих исследованию месяцев;
- согласие пациенток на участие в исследовании;
- отсутствие противопоказаний для проведения терапии.

Критерии исключения:

- сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, способные оказать влияние на изучаемые показатели;
- тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии в анамнезе;
- дислиппротеинемия, требующая активного лечения антилипидемическим препаратом;
- сахарный диабет с поражением сосудов (нефропатия, ретинопатия, невропатия) или сахарный диабет продолжительностью свыше 20 лет;
- недиагностированное аномальное вагинальное кровотечение или любое аномальное кровотечение в предшествующие шесть месяцев;
- текущее злокачественное новообразование, обусловленное гормональными нарушениями;
- патология молочных желез (за исключением фиброаденомы);
- менопаузальная гормональная терапия в течение 12 месяцев до начала исследования;
- индивидуальная непереносимость компонентов;
- отказ женщины от участия в исследовании.

Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые методы. Симптомы климактерического синдрома и диагностическое тестирование послужили основанием для назначения лечения комбинированным лекарственным препаратом (две таблетки три раза в день) в течение двух месяцев.

Оценка психоэмоционального состояния проводилась по опроснику Е. Александровича, который позволяет количественно определить степень выраженности невротических синдромов. Всего опросник содержит 138 утверждений, кото-

рые касаются недомоганий и трудностей, часто встречающихся при неврозах. Утверждения сгруппированы по 13 подшкалам – формам невротических расстройств. Пациенту предлагается определить степень, в какой то или иное недомогание его беспокоит: «не было такого» – 0 баллов, «было, но лишь незначительно тяготило» – 4 балла, «было средней тяжести» – 5 баллов, «было и очень тяготило» – 7 баллов. Пациентки прошли тестирование до и через два месяца после монотерапии комбинированным гомеопатическим препаратом. Подсчитывались суммы баллов по подшкалам и общая сумма баллов.

Модифицированный менопаузальный индекс в среднем составил 35–58 баллов, что соответствовало средней степени тяжести климактерического синдрома. Пациенток беспокоили приливы жара 15–20 раз в сутки, ночной гипергидроз, головные боли, мышечные боли, бессонница, снижение трудоспособности, сердцебиение, раздражительность, прибавка массы тела.

Результаты

На фоне проводимого лечения был отмечен положительный эффект, который выражался в зна-

чительном уменьшении количества и выраженности приливов и гипергидроза, нормализации настроения и повышении жизненного тонуса, улучшении работоспособности, нормализации сна. Нужно отметить, что в процессе лечения женщинам рекомендовались дозированные физические нагрузки, соблюдение диеты, отказ от курения. Таким образом, положительный эффект – результат комплексных мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Получено статистически значимое ($p < 0,01$) достоверное снижение модифицированного менопаузального индекса с $53,48 \pm 1,80$ (исходно) до $35,4 \pm 1,8$ балла (после лечения). Значительного изменения массы тела не произошло. Однако обнаружена тенденция к ее снижению: средняя масса тела до начала терапии $82,8 \pm 0,8$ кг, после – $80,6 \pm 0,8$ кг ($p > 0,05$). Всем пациенткам проводили ультразвуковое исследование органов малого таза. В процессе наблюдения не отмечено увеличение М-эхо (толщина эндометрия до и после приема препарата $4,5 \pm 0,8$ и $4,8 \pm 1,5$ мм соответственно). Ни одна пациентка не отметила патологического кровотечения. Серьезных нежелательных явлений выявлено не было.

По результатам психологического тестирования по Е. Александровичу наблюдалось достоверное уменьшение показателя в 1,6 раза (таблица).

Анализируя эффективность использования в коррекции климактерических расстройств комбинированного лекарственного препарата, необходимо подчеркнуть его положительное влияние на психоэмоциональные и нейровегетативные симптомы. У всех пациенток уменьшились количество и интенсивность приливов, снизилась раздражительность, улучшилось качество сна (раннее засыпание, урежение эпизодов ночных пробуждений), исчезла ночная потливость. При оценке качества жизни все пациентки отметили удовлетворенность физическим здоровьем и психоэмоциональный комфорт.

Заключение

Исследованный комбинированный лекарственный препарат можно использовать в качестве стартовой терапии климактерического синдрома, а после необходимого обследования перейти на менопаузальную гормональную терапию. Кроме того, препарат можно назначать после отмены менопаузальной гормональной терапии в качестве поддержки, а также совместно с менопаузальной гормональной терапией в качестве сопровождения.

Представляется целесообразным следующий дифференцированный подход к терапии климактерического синдрома в переходном менопаузальном периоде. Стартовая негормональная терапия подразумевает необходимость купирования симптомов климактерического синдрома независимо от степени тяжести сразу при первом обращении пациентки. Все драматические события в организме женщины в переходном менопаузальном периоде происходят в первые годы синхронизированной перестройки. Именно поэтому важно своевременно поддерживать организм в этом периоде.

При легкой степени тяжести климактерического синдрома (моди-

Результаты тестирования пациенток по Е. Александровичу

Подшкала	Средний балл	Интерпретация результатов*
Страх, фобии	13	13%
Депрессивные расстройства	19	9%
Беспокойство, напряжение	10	14%
Нарушение сна	12	34%
Истерические расстройства	10	20%
Неврастенические расстройства	8	14,5%
Сексуальные расстройства	0	0%
Дереализация	0	0%
Навязчивости	5	9%
Трудности в социальных контактах	2	6%
Ипохондрические расстройства	2	5%
Психастенические нарушения	11	22%
Соматические нарушения	11	4%
Интегральный показатель	103	10%

* Проведена автоматическая интерпретация результатов тестирования: 0% – тенденция отсутствует; 1–20% – низкий показатель; 21–40% – пониженный показатель; 41–60% – средний показатель; 61–80% – повышенный показатель; 81–100% – высокий показатель.



фицированный менопаузальный индекс < 11 баллов) негормональную лекарственную терапию необходимо проводить в течение года и более.

При средней и тяжелой степени тяжести климактерического синдрома (модифицированный менопаузальный индекс 12–33 балла) на время обследования показана негормональная терапия. После обследования и консультирования пациентки по поводу преимуществ и рисков

менопаузальной гормональной терапии решается вопрос о переходе на гормональные препараты. Соотношение «польза – риск» менопаузальной гормональной терапии меняется с возрастом женщины, что в большей степени связано с физиологией старения, а не с менопаузальной гормональной терапией. При превалировании моносимптомов (приливов, гипергидроза, нарушений цикла сна – бодрствования) на фоне менопаузальной гор-

мональной терапии допустимо применение и негормональных средств.

В постменопаузальном периоде возможен переход на негормональную поддерживающую терапию.

Таким образом, персонализация, индивидуальный подход и подробная консультация в переходный менопаузальный период – главные составляющие программы здоровья женщины после 40 лет. 🍀

Литература

1. Жидкова Е.В., Лесиовская Е.Е., Линде В.А. Эффективность фитоэстрогенов в коррекции климактерических расстройств // Проблемы репродукции. 2012. № 5. С. 115–119.
2. Татарова Н.А., Гаврилова Н.П., Айрапетян М.С., Жидкова Е.А. Гормонмодулирующая терапия психоэмоциональных и нейровегетативных расстройств климактерического синдрома // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 3. С. 38–40.
3. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А. Фитотерапия ранних менопаузальных расстройств // Репродуктивная эндокринология. 2012. № 3. С. 4–41.
4. Dai X., Liu J., Nian Y. et al. A novel cycloartane triterpenoid from *Cimicifuga* induces apoptotic and autophagic cell death in human colon cancer HT-29 cells // *Oncol. Rep.* 2017. Vol. 37. № 4. P. 2079–2086.
5. Gangwisch J.E., Feskanich D., Malaspina D. et al. Sleep duration and risk for hypertension in women: results from the Nurses' Health Study // *Am. J. Hypertens.* 2013. Vol. 26. № 7. P. 903–911.
6. Godowski K.C. Antimicrobial action of sanguinarine // *J. Clin. Dent.* 1989. Vol. 1. № 4. P. 96–101.
7. Blümel J.E., Cano A., Mezones-Holguin E. et al. A multinational study of sleep disorders during female mid-life // *Maturitas.* 2012. Vol. 72. № 4. P. 359–366.
8. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология: клинические лекции: руководство для врачей. 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
9. Кузнецова И.В. Фитоэстрогены в лечении климактерических расстройств // *Гинекология.* 2012. Т. 14. № 6. С. 20–23.
10. Burdette J.E., Liu J., Chen S.N. et al. Black cohosh acts as a mixed competitive ligand and partial agonist of the serotonin receptor // *J. Agric. Food Chem.* 2003. Vol. 51. № 19. P. 5661–5670.
11. Балан В.Е. Применение фитопрепаратов для лечения климактерических расстройств // *Consilium Medicum.* 2007. Т. 9. № 6. С. 73–76.
12. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетруашвили Н.К. и др. Молекулярные механизмы осуществления фармакологических эффектов препаратов на основе экстрактов *Cimicifuga racemosa* // *Consilium Medicum. Гинекология.* 2018. Т. 20. № 1. С. 39–46.
13. Тарасова М.А., Ярмолинская М.И. Принципы индивидуального выбора гормональной заместительной терапии в пери- и постменопаузе: практическое пособие для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Н-Л, 2011.
14. Sievert L.L., Reza A., Mills P. et al. Diurnal rhythm and concordance between objective and subjective hot flashes: the Hilo Women's Health Study // *Menopause.* 2010. Vol. 17. № 3. P. 471–479.
15. Skoczyńska A., Budzisz E., Trznadel-Grodzka E., Rotsztejn H. Melanin and lipofuscin as hallmarks of skin aging // *Postepy Dermatol. Alergol.* 2017. Vol. 34. № 2. P. 97–103.
16. Southard G.L., Boulware R.T., Walborn D.R. et al. Sanguinarine, a new antiplaque agent: retention and plaque specificity // *J. Am. Dent. Assoc.* 1984. Vol. 108. № 3. P. 338–341.

Starting Therapy of Climacteric Syndrome: How Not to Be Late

N.A. Tatarova^{1,2}, V.A. Linde¹, M.S. Ayrapetyan¹, Ye.V. Zhigalova²

¹ Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

² ICLINIC SZ, Saint Petersburg

Contact person: Nina Aleksandrovna Tatarova, nina-tatarova@yandex.ru

The article provides data on the effective correction of psychoemotional disorders and neurotic syndromes by using a complex drug in women with menopausal syndrome of moderate severity.

Key words: climacteric syndrome, psychoemotional and neurotic disorders, phytoestrogens

гинекология

Недержание мочи у женщин с дисфункцией тазового дна в перименопаузе и постменопаузе

В.Е. Балан, Е.В. Тихомирова, Н.А. Щукина, И.В. Краснопольская

Адрес для переписки: Вера Ефимовна Балан, balanmed@gmail.com

Актуальность. В последние десятилетия отмечается прогрессирующий рост частоты развития дисфункции тазового дна, отрицательно влияющей на качество жизни женщин всех возрастов. К неотъемлемым симптомам этой патологии относят различные виды недержания мочи.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 299 пациенток с пролапсом гениталий II–IV стадии по классификации POP-Q. В соответствии с жалобами, наличием или отсутствием нарушения функций смежных органов больных разделили на четыре группы. Помимо стандартных методов исследования: заполнения дневников мочеиспускания, осмотра на гинекологическом кресле – пациенткам проводилось комплексное уродинамическое исследование, на основании которого с учетом жалоб устанавливался диагноз недержания мочи и его вид.

Результаты исследования. Результаты опроса и анкетирования показали, что различные виды недержания мочи отмечены у 203 (67,8%) обследованных женщин с генитальным пролапсом. У 93 (45,8%) пациенток второй и четвертой групп одновременно определялись симптомы гиперактивного мочевого пузыря и стрессового недержания мочи. Однако у 65 (69,8%) из них доминировали ургентные симптомы, а у 28 (30,2%) – симптомы недержания мочи при напряжении. Таким образом, стрессовое недержание мочи в чистом виде встретилось у 66 (32,5%) пациенток, а изолированный гиперактивный мочевой пузырь – у 44 (21,6%).

Выводы. К основным факторам риска всех типов проявлений дисфункции тазового дна относятся роды через естественные родовые пути в анамнезе, ожирение, длительность постменопаузы более шести лет, вульвовагинальная атрофия и экстрагенитальные заболевания. Огромное значение в развитии данной патологии имеют недифференцированная дисплазия соединительной ткани и дефицит эстрогенов в пери- и постменопаузе.

Ключевые слова: недержание мочи, дисфункция тазового дна, перименопауза, постменопауза

Введение

Несмотря на успехи современной медицины и внедрение новых технологий, в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост частоты болезней цивилизации, в том числе генитального пролапса и недержания мочи, которые отрицательно влияют на качество жизни женщин всех возрастов. При этом рост заболеваемости, обусловленной дисфункцией тазового дна, по мнению большинства исследователей, приобретает уже масштаб скрытой эпидемии [1, 2]. Так, пролапс гениталий встречается у 40–60% рожавших женщин [3, 4]. В США ежегодно проводится 10–30 хирургических вмешательств по поводу пролапса гениталий на 10 тыс. женщин [5]. В России частота диагностирования пролапса гениталий колеблется от 3 до 50% в зависимости от региона [5]. Статистические данные весьма приблизительные, а эпидемиологических исследований недостаточно, поскольку большинство больных с различными заболеваниями мочеполовой системы, в том числе пролапсом гениталий, находятся под наблюдением разных специалистов.

Практически всегда пролапс гениталий сочетается с нарушением функции тазовых органов, часто – с сексуальной дисфункцией [6]. К неотъемлемым симптомам дисфункции тазового дна относят различные виды недержания



жания мочи. Так, частота сочетания пролапса со стрессовым недержанием мочи может превышать 80% [7]. 73% пациенток с генитальным пролапсом сообщают о недержании мочи, 86% – об императивных позывах, 62% – о нарушении опорожнения мочевого пузыря и 31% – о фекальном недержании [8, 9].

В связи с прогрессивным увеличением продолжительности жизни (77–82 года по данным Всемирной организации здравоохранения) и повышением требований к качеству жизни в любом возрастном периоде [10] диагностика и лечение дисфункции тазового дна становятся особенно актуальными. Ведущие урогинекологи мира озабочены поисками молекулярно-генетических маркеров развития этой патологии. Обобщенные данные с 1995 г. по февраль 2011 г. о нарушениях метаболизма соединительной ткани у женщин со стрессовым недержанием мочи и пролапсом гениталий позволили подтвердить гипотезу о ее деградации с участием матриксных металлопротеиназ и сериновых протеаз в тазовых связках женщин. Высокая чувствительность различных структур нижних отделов мочеполовой системы к эндо- и экзогенным эстрогенам обусловлена их эмбриологической общностью. В климактерии дефицит эстрогенов приводит к нарушению пролиферации вагинального эпителия и уротелия. В среднем в течение жизни по поводу пролапса гениталий оперируется каждая деся-

тая женщина (к примеру, только в Московской области с населением около 8 млн человек в оперативной коррекции пролапса и недержания мочи нуждаются более 100 тыс. женщин). Таким образом, проблема дисфункции тазового дна и развития нарушений мочеиспускания – единое целое и требует совершенствования диагностических и лечебных стратегий.

Материал

Под наблюдением находились 299 пациенток в возрасте от 40 до 84 лет (в среднем $57,7 \pm 11,2$ года) с пролапсом гениталий II–IV стадии по Стандартизированной классификации пролапса гениталий (Pelvic Organ Prolapse Quantitation – POP-Q). Пациентки были разделены на четыре группы в соответствии с жалобами, наличием или отсутствием нарушения функций смежных органов:

- первая группа – 82 пациентки с пролапсом гениталий без нарушения функций смежных органов;
- вторая группа – 95 пациенток с пролапсом гениталий и нарушением функции мочевого пузыря;
- третья группа – 14 пациенток с пролапсом гениталий и нарушением функции прямой кишки;
- четвертая группа – 108 пациенток с пролапсом гениталий и нарушением функции как мочевого пузыря, так и прямой кишки.

В группу контроля вошли 65 женщин в постменопаузе без симптомов дисфункции тазового дна,

обратившихся в поликлиническое отделение Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии по поводу климактерического синдрома различной степени тяжести. Группы были сопоставимы по основным возрастным и антропометрическим показателям.

Методы

Для выявления распространенности симптомов нарушения мочеиспускания, оценки факторов риска и качества жизни проведены детальное клинико-лабораторное обследование и опрос с применением опросников Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7), Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). Для оценки интенсивности симптомов использовалась Визуальная аналоговая шкала и шкала D. Barlow.

Помимо стандартных методов исследования, заполнения дневников мочеиспускания, осмотра на гинекологическом кресле 165 пациенткам с пролапсом тазовых органов и различными видами недержания мочи проводилось комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), которое включало урофлоуметрию, цистометрию, профилометрию. КУДИ выполнялось на установках Delphis (Laborgy, Канада). Согласно рекомендациям Международного общества по проблемам недержания мочи, пациентки находились в положении лежа. На основании результатов КУДИ и с учетом жалоб устанавливался диагноз недержания мочи и его вид.

Результаты

Как показали опрос и анкетирование, недержанием мочи страдали 203 (67,89%) женщины с генитальным пролапсом (пациентки второй и четвертой группы). Средний возраст женщин, у которых помимо пролапса тазовых органов имели место нарушения мочеиспускания, сопоставим с общегрупповым – $58,8 \pm 10,9$ года во второй группе и $60,8 \pm 10,8$ года в четвертой. Средний возраст наступления менопаузы в этих груп-

Эпидемиологические исследования указывают на увеличение частоты дисфункции тазового дна у пожилых женщин. Однако старение – не отдельно взятый фактор риска этого тяжелого симптомокомплекса. Увеличение частоты заболевания прежде всего обусловлено возрастанием сопутствующих заболеваний, которые в совокупности определяют факторы риска



Огромное значение в развитии множественной патологии при дисфункции тазового дна уделяется недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Механическая устойчивость нижней трети мочевого тракта и тазового дна тесно связана с прочностью коллагеновых волокон, поддерживающих шейку мочевого пузыря, уретру и органы малого таза

пах – $50,5 \pm 4,3$ года. Доминировали пациентки ($n = 165, 79,9\%$) с длительностью постменопаузы от 1 до 19 лет (в среднем – $9,4 \pm 5,5$ года). Пациентки репродуктивного возраста составили только $15,4\%$ ($n = 46$). При анализе возрастного распределения пациенток с различными типами нарушений мочеиспускания достоверных различий не выявлено. У 93 (45,8%) пациенток второй и четвертой групп одновременно определялись симптомы гиперактивного мочевого пузыря и стрессового недержания мочи. Однако у 65 (69,8%) из них доминировали urgentные симптомы, а у 28 (30,2%) – симптомы недержания мочи при напряжении. Таким образом, стрессовое недержание мочи в чистом виде встретилось у 66 (32,5%) обследованных больных, а изолированный гиперактивный мочевой пузырь – у 44 (21,6%). Соотношение между симптомами гиперактивного мочевого пузыря и недержанием мочи при напряжении в случае смешанного недержания гораздо сложнее, чем принято считать. В настоящее время используются термины «смешанное недержание мочи с преобладанием стрессового компонента» и «смешанное недержание мочи с преобладанием urgentного компонента». Однако оценка преобладания urgentно-

го или стрессового компонента до сих пор не стандартизована и достаточно субъективна. Таким образом, в нашем исследовании среди пациенток с пролапсом гениталий встречались все виды недержания мочи, но доминировало смешанное. Полученные результаты совпадают с данными других авторов [8, 11, 12].

Особый интерес представляет так называемое скрытое недержание мочи, которое чаще присутствует на более выраженных стадиях несостоятельности мышц тазового дна. Для выявления скрытого недержания мочи обследованы пациентки 55–84 лет без жалоб на недержание мочи с выраженным пролапсом гениталий (III–IV стадии). При заполнении дневников мочеиспускания все пациентки ответили «никогда» на вопрос о стрессовых/urgentных потерях мочи и эпизодах недержания мочи. Пациентки были сопоставимы по числу родов и весу рожденных детей, индексу массы тела, возрасту, длительности постменопаузы и степени вагинальной атрофии. Затруднения мочеиспускания отмечались у 11 (5,4%) пациенток (средний возраст – $62,7 \pm 11,2$ года).

КУДИ женщинам со скрытым недержанием мочи проводилось с редукцией пролапса гениталий при помощи кубического гинекологического pessaria. Гиперактивность детрузора установлена у двух (18,1%) пациенток, нестабильность уретры – у одной (9,1%), гипотония мочевого пузыря – у одной (9,1%), obstructивный тип мочеиспускания – у шести (54,5%), гиперсенсорный мочевой пузырь – у одной (9,1%) пациентки. Дальнейшее лечение проводилось в соответствии с данными КУДИ. При клиническом обследовании после введения кубического гинекологического pessaria кашлевой тест был положительным у восьми (72,7%) из 11 пациенток.

Без сомнения, КУДИ – важная составляющая диагностики различных видов недержания мочи. Однако при хорошем знании пато-

логии и понимании симптоматики стрессового недержания мочи и гиперактивного мочевого пузыря показания к КУДИ могут быть несколько изменены. Практически у всех пациенток в постменопаузе ($n = 165, 79,9\%$) отмечались проявления вульвовагинальной атрофии (генитоуринарного синдрома), степень которой определяли как по характерным жалобам (сухость и дискомфорт во влагалище, диспареуния), так и с помощью Индекса вагинального здоровья, в том числе у $15,3\%$ – с формированием декубитальных язв.

Обсуждение результатов

Причины одновременного развития пролапса гениталий, недержания мочи и кала изучаются на протяжении многих лет. Именно развитие сочетанной симптоматики в подавляющем большинстве случаев привело к отходу от термина «пролапс тазовых органов» (или «опущение и выпадение внутренних половых органов») и введению в практику термина «дисфункция тазового дна». Под дисфункцией тазового дна понимают комплекс нарушений функции связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала.

Многочисленными отечественными и зарубежными исследователями предпринимаются попытки рассмотреть и систематизировать общие факторы риска развития проявлений дисфункции тазового дна.

Эпидемиологические исследования указывают на увеличение частоты дисфункции тазового дна у пожилых женщин. Однако старение – не отдельно взятый фактор риска этого тяжелого симптомокомплекса. Увеличение частоты заболевания прежде всего обусловлено возрастанием сопутствующих заболеваний, которые в совокупности определяют факторы риска. Несомненно, возрастные изменения связочного и мышечного аппарата тазового дна предрасполагают к разви-



Именно дефицит эстрогенов в пери- и постменопаузе приводит к нарушению пролиферативных процессов как в вагинальном эпителии, так и в уретелии.

Резкое снижение кровоснабжения ведет к ишемии влагалища, детрузора и мочеиспускательного канала, ухудшению процессов трансудации, развитию гиперактивного мочевого пузыря и истинного недержания мочи при напряжении

- уменьшения количества альфа- и бета-адренорецепторов в уретре, шейке и дне мочевого пузыря;
- изменения чувствительности мускариновых рецепторов к ацетилхолину;
- снижения чувствительности миофибрилл к норадреналину;
- уменьшения объема мышечной массы и сократительной активности миофибрилл.

В крупном многоцентровом проспективном американском исследовании SWAN показано, что у большинства женщин недержание мочи дебютирует при наступлении менопаузы [16]. Следует отметить, что в тех случаях, когда заболевание прогрессировало в менопаузе, мы чаще диагностировали выраженные функциональные расстройства смежных органов при умеренных анатомических изменениях.

Подавляющее большинство работ, посвященных дисфункции тазового дна, содержат результаты изучения качества жизни с использованием таких востребованных вопросников, как Pelvic Floor Disorders Distress Inventory (FDI-20) и Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). В нашем исследовании анализ заполненных пациентками вопросников показал, что самое большое негативное влияние на качество жизни оказывали симптомы недержания мочи и колоректальной дисфункции. Безусловно, значительно ухудшал качество жизни и пролапс гениталий, но, что парадоксально, в меньшей степени, чем, например, дизурические расстройства и дисchezия.

Заключение

Причины развития недержания мочи при пролапсе тазовых органов крайне разнообразны. Их профилактика возможна, но этому вопросу посвящены единичные исследования [2, 7, 18, 19]. Надеемся, что со временем при решении обозначенного круга медицинских проблем профилактика станет по праву ведущим направлением. 📌

тию его дисфункции и появлению симптомов пролапса внутренних половых органов, недержания мочи и кала. Помимо возрастных изменений в урогенитальном тракте, заключающихся в уменьшении емкости мочевого пузыря, снижении эластичности уретры и мочевого пузыря, уменьшении максимального давления закрытия уретры и скорости потока мочи, в литературе определен ряд факторов риска, способствующих реализации пролапса гениталий [5–7, 11, 13, 14]:

- роды через естественные родовые пути в анамнезе;
- индекс массы тела более 25 кг/м²;
- длительность постменопаузы более шести лет;
- возраст пациенток старше 60 лет;
- вульвовагинальная атрофия;
- экстрагенитальные заболевания (особенно хронические бронхолегочные заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся запорами).

Огромное значение в развитии множественной патологии при дисфункции тазового дна уделяется недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Механическая устойчивость нижней трети мочеполювого тракта и тазового дна тесно связана с прочностью коллагеновых волокон, поддерживающих шейку мочевого пузыря, уретру и органы малого таза. Установлено, что генетические изменения метаболизма коллагеновых структур, вероятно, способствуют формированию дисфункции мышц малого таза [15].

Критерии выраженности дисплазии соединительной ткани у пациенток с пролапсом гениталий в данном исследовании оценивались по балльной шкале [16]. Проявления (признаки) недифференцированной дисплазии соединительной ткани имели 28,4% пациенток с пролапсом гениталий, в том числе 7,7% – легкую степень тяжести, 12,7% – среднюю степень, 8% – тяжелую. В контрольной группе дисплазия соединительной ткани обнаруживалась достоверно реже – у 2% женщин.

Не вызывает сомнения, что именно дефицит эстрогенов в пери- и постменопаузе приводит к нарушению пролиферативных процессов как в вагинальном эпителии, так и в уретелии. Резкое снижение кровоснабжения ведет к ишемии влагалища, детрузора и мочеиспускательного канала, ухудшению процессов трансудации, развитию гиперактивного мочевого пузыря и истинного недержания мочи при напряжении. В связочном аппарате малого таза происходит нарушение обмена коллагена, повышение его деградации и снижение синтеза, способствующие опущению стенок влагалища, нарушению подвижности и положения уретры, что вносит важный вклад в развитие стрессового недержания мочи и пролапса гениталий [17].

Известно, что эстрогенный дефицит играет важную роль в патогенезе всех форм недержания мочи в климактерии за счет различных механизмов:

Литература

1. Aronson M.P. Anatomy and Biomechanics of incontinence and pelvic floor support // Global congress of gynecologic endoscopy. Las Vegas, 1999.
2. Bezerra C.A., Bruschini H. Suburethral sling operations for urinary incontinence in women // Cochrane Database Syst. Rev. 2001. Vol. 3. CD001754.
3. Fitzgerald M.P., Brubaker L. Urinary incontinence symptom scores and urodynamic diagnoses // Neurourol. Urodyn. 2002. Vol. 21. № 1. P. 30–35.
4. Glazener C.M., Lapitan M.C. Urodynamic investigations for management of urinary incontinence in adults // Cochrane Database Syst. Rev. 2012. Vol. 1. CD003195.
5. Hannestad Y.S., Rortveit G., Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study // Scand. J. Prim. Health Care. 2002. Vol. 20. № 2. P. 102–107.
6. Wyndaele J.J. The overactive bladder // BJU Int. 2001. Vol. 88. № 2. P. 135–140.
7. Кулаков В.И., Аполюхина Н.А. Недержание мочи у женщин: новые возможности в диагностике и лечении // Гинекология. 2004. Т. 4. № 3. С. 103–105.
8. Ballanger P., Rischmann P. Female urinary incontinence // Eur. Urol. 1999. Vol. 36. № 3. P. 165–174.
9. Wein A.J. Diagnosis and treatment of the overactive bladder // Urology. 2003. Vol. 62. № 5. Suppl. 2. P. 20–27.
10. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: ВЕЧЕ, 2002.
11. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. М., 2001. С. 21–41.
12. Skorupski P., Tomaszewski J., Adamiak A. et al. Diagnosis of overactive bladder influenced by methods of clinical assessment-micturition diary vs. urodynamics // Ginekol. Pol. 2003. Vol. 74. № 9. P. 1018–1022.
13. Karram M.M., Segal J.L., Vassallo B.J., Kleeman S.D. et al. Complications and untoward effects of the tension-free vaginal tape procedure // Obstet. Gynecol. 2003. Vol. 101. № 5. P. 929–932.
14. Martan A., Cepicky P., Dvorak V. et al. Recommendations for diagnosis and therapy of urinary incontinence in women // Česká Gynekol. 2002. Vol. 67. № 5. P. 305–306.
15. Gray M. Stress urinary incontinence in women // J. Am. Acad. Nurse Pract. 2004. Vol. 16. № 5. P. 188–197.
16. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи при напряжении у женщин. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000.
17. Сивков А.В., Ромих В.В. Фармакотерапия гиперактивного мочевого пузыря // Consilium Medicum. 2002. Т. 4. № 7. С. 348–355.
18. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. М.: МЕДпресс-информ, 2003.
19. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society // Neurourol. Urodyn. 2002. Vol. 21. № 2. P. 167–178.

Urinary Incontinence in Women with Pelvic Floor Dysfunction in Perimenopause and Postmenopause

V.Ye. Balan, Ye.V. Tikhomirova, N.A. Shchukina, I.V. Krasnopolskaya

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Contact person: Vera Yefimovna Balan, balanmed@gmail.com

Relevance. In recent decades, there has been an increase in the incidence of genital prolapse and urinary incontinence, which adversely affect the quality of women's life in all age groups. The various types of urinary incontinence are often symptoms of pelvic floor dysfunction.

Materials and Methods. Our study involved 299 patients with II–IV stage of genital prolapse (POP-Q classification system). These patients were divided into 4 groups according to complaints, presence or absence of dysfunction of adjacent organs. In addition to the standard research methods: keep of the urination diary, examination on the gynecological chair – a complex urodynamic study was performed in all patients. A diagnosis of urinary incontinence and its type were established based on this study and patient's complaints.

Results. The survey and questionnaire showed that different types of urinary incontinence were noted in 2/3 of the examined patients with genital prolapse (203 patients, 67.89%). In 93 patients (45.8%) in groups 2 and 4 the symptoms both overactive bladder and stress urinary incontinence were detected. However, in 65 (69.8%) of them urgent symptoms were dominated, and in 28 (30.2%) patients had symptoms of urinary incontinence after stress. Thus, stress urinary incontinence was observed in 66 (32.5%) patients, and isolated overactive bladder in 44 patients (21.6%).

Conclusion. As our studies showed, the main risk factors of all types of pelvic floor dysfunction are vaginal birth, obesity, the duration of postmenopause 6 years and more, vulvovaginal atrophy and extragenital diseases. The undifferentiated connective tissue dysplasia and estrogen deficiency in peri- and postmenopause are very significant for the development of this pathology.

Key words: urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, perimenopause, postmenopause

«Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии»

Первый совместный конгресс акушерской анестезиологии (ОАА-ОАИА),
посвященный памяти Джеральдины О'Салливан



III Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов



Уважаемые участники международного конгресса в Санкт-Петербурге!

С гордостью сообщаем Вам, что совместный конгресс Британской и Российской Ассоциаций акушерских анестезиологов расширяет свои границы.

Кроме лекторов из Великобритании и России, вы услышите докладчиков из Бельгии, Израиля, США и Польши!

В тесном сотрудничестве с нашими британскими коллегами мы составили для вас научную программу, охватывающую основные направления акушерской анестезиологии. Совместные чтения – это уникальный шанс узнать о современных тенденциях развития анестезии и интенсивной терапии в акушерстве от ведущих мировых специалистов.

**Место проведения: 196240, г. Санкт Петербург,
Площадь Победы д.1, Парк Инн Пулковская**

5–7 сентября 2018

www.arfpaint.com

¹ Национальный
медицинский
исследовательский
центр акушерства,
гинекологии
и перинатологии
им. акад. В.И. Кулакова,
Москва

² Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова

Тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи на приборе PELVIC-FIT

И.А. Аполихина^{1,2}, А.С. Чочуева¹, А.С. Саидова¹

Адрес для переписки: Инна Анатольевна Аполихина, i_apolikhina@oparina4.ru

В статье приведены современные данные об эпидемиологии, этиологии, методах диагностики и консервативных способах лечения различных тазовых расстройств у женщин, в частности пролапса тазовых органов, недержания мочи, тазовой боли, сексуальных дисфункций. Особое внимание уделено тренировке мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи.

Ключевые слова: дисфункция тазового дна, опущение тазовых органов, недержание мочи, тренировка мышц тазового дна, биологическая обратная связь

Введение

Под дисфункцией тазового дна понимают комплекс нарушений функции связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала. Опущение тазовых органов, различные типы недержания мочи и кала, хронический цистоуретрит, сексуальные дисфункции остаются одними из наиболее распространенных расстройств в урогинекологии. Частота опущения и выпадения тазовых органов достигает 30%, причем в 47,3% случаев пролапс гениталий сопровождается стрессовым недержанием мочи [1, 2].

Нарушение функции мышц тазового дна обусловлено рядом причин: возрастом, наследственностью, родовым травматизмом, родами крупным плодом, тяжелой физической нагрузкой, связанной с повышением внутрибрюшного давления и др. В последнее время

наблюдается тенденция к «омоложению» данных нарушений. То, что пролапс гениталий встречается у молодых и нерожавших женщин, подтверждает роль дисплазии соединительной ткани в развитии заболевания.

Сочетание органической патологии и опущения тазовых органов определяет многообразие клинических проявлений: ощущение инородного тела во влагалище, urgentные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи при urgentном позыве и физической нагрузке, noctурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, чувство дискомфорта, тяжесть в промежности и внизу живота. У многих пациенток имеет место сексуальная дисфункция и/или диспареуния. Задержка мочеиспускания или ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря нередко связаны с опущением передней стенки влагалища. Симптомы могут возникать в репродуктивном возрасте и прогрес-

сировать, что резко снижает качество жизни [1].

Недержание мочи у женщин – самое частое заболевание в структуре дисфункции тазового дна. Около 50% женщин в возрасте от 45 до 60 лет хотя бы однажды отмечали непроизвольное недержание мочи. Его распространенность среди россиянок составляет 33,6–36,8%. С возрастом ситуация усугубляется. Так, если в возрастной группе от 25 до 34 лет этот показатель достигает 8,7%, то в группе 55 лет и старше превышает 34%. Среди женщин старше 50 лет стрессовое недержание мочи встречается в 70% случаев, что подтверждает социальную значимость проблемы [3]. Реальная распространенность недержания мочи может быть еще выше, поскольку женщины стесняются сообщать врачу об этом расстройстве и считают его неотъемлемым признаком старения [4].

В соответствии с рекомендациями Международного общества по проблемам недержания мочи (International Continence Society – ICS), под термином «недержание мочи» понимается любое непроизвольное, не контролируемое волевым усилием выделение мочи. Развитие заболевания обусловлено, в частности, нарушением функции детрузора (гиперактивностью, низкой эластичностью стенок мочевого пузыря), нарушением функционирования сфинктерного аппарата (гипермобильностью уретры, недостаточностью уретрального сфинктера), парадок-



сальной ишурией. Не последнюю роль играет и состояние связочно-аппарата тазового дна.

В клинической практике недержание мочи принято подразделять на три основных типа: стрессовое, ургентное и смешанное. В 30–40% случаев стрессовый компонент сочетается с ургентным, то есть имеет место смешанная форма недержания мочи. С возрастом распространенность этого типа увеличивается, достигая после 60 лет 56% [5].

Среди факторов риска развития недержания мочи выделяют:

1) предрасполагающие:

- наследственность;
- особенности труда (недержание мочи чаще возникает у женщин, занятых физическим трудом);
- неврологические заболевания;
- анатомические нарушения;
- особенности коллагенового статуса;

2) провоцирующие:

- роды;
- хирургические вмешательства на органах таза;
- повреждения тазовых нервов и/или мышц тазового дна;

3) способствующие:

- расстройства кишечника;
- избыточная масса тела;
- менопауза;
- инфекции нижних мочевыводящих органов;
- психический статус.

Дисфункция тазового дна причиняет тяжелые моральные страдания, снижает социальную активность женщины. Неудобство и смущение резко ухудшают качество жизни, в том числе сексуальной [2, 6].

Диагностика

Для количественной оценки пролапса тазовых органов используют Стандартизированную классификацию пролапса гениталий (Pelvic Organ Prolapse Quantification – POP-Q), разработанную ICS в 1996 г. Эта система предполагает измерение расположения точек на передней и задней стенках влагалища, шейки матки, в своде влагалища, определение расстояния от наружного отверстия уретры до заднего края гимена, расстоя-

ния между задним краем гимена и анальным отверстием, длины влагалища. Классификация предусматривает четыре степени пролапса тазовых органов, она достаточно сложна и громоздка. В то же время она имеет преимущества: воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности), точность количественной оценки ряда анатомических ориентиров, в том числе проведенного лечения [7].

Диагностика пролапса тазовых органов и различных типов недержания мочи основана на тщательном выяснении анамнеза, анализе дневников мочеиспускания, данных анкетирования, результатах комбинированного уродинамического исследования, цистометрии, цистоуретроскопии, ультразвукового и рентгенографического исследований [8].

В урогинекологической практике используют опросники по недержанию мочи Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-SF), Международный индекс оценки удержания мочи, анкеты оценки качества жизни SF-36, опросник Кинга и др. Стандартным считается Опросник по оценке сексуальной функции женщин с пролапсом тазовых органов и/или недержанием мочи (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire – PISQ-31). PISQ-12 – более краткая версия, которая рекомендована для применения в клинической практике. Наиболее распространенным способом диагностики сексуальных дисфункций является Индекс женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index – FSFI).

Комбинированное уродинамическое исследование, признанное одним из самых эффективных методов дифференциальной диагностики различных типов недержания мочи, направлено на изучение состояния сократительной способности детрузора и замыкательной функции уретры и сфин-

ктера. Урофлоуметрия – простой диагностический метод, позволяющий оценить скорость и время опорожнения мочевого пузыря. В ходе урофлоуметрии определяется функциональное состояние детрузора и замыкательного аппарата уретры. Данная неинвазивная методика рекомендована в качестве рутинного скрининга при любых жалобах на нарушение мочеиспускания, она не требует специальной подготовки и предварительного обследования пациентки [9].

Для диагностики пролапса тазовых органов иногда применяют ретроградную цистоуретрографию, кольпографию и проктографию в покое и при напряжении в прямой и боковой проекциях. Однако из-за опасности радиоактивного облучения, отсутствия четкой визуализации мягких тканей тазового дна, необходимости использования рентгеноконтрастных веществ эти методы не получили широкого распространения. Возможности трансвагинального ультразвукового исследования (УЗИ) достаточно высоки для уточнения расположения уретровезикального сегмента и определения сфинктерной недостаточности у пациенток со стрессовым типом недержания мочи. При УЗИ промежности можно установить локализацию дна мочевого пузыря, его расположение относительно верхнего края лона, измерить длину и диаметр уретры на всем протяжении, задний уретровезикальный угол (бета) и угол между уретрой и вертикальной осью тела (альфа), оценить конфигурацию шейки мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, положение шейки мочевого пузыря по отношению к симфизу. При трехмерном моделировании ультразвукового изображения можно определить состояние внутренней поверхности слизистой оболочки, диаметр и площадь сечения мочеиспускательного канала на поперечных срезах в верхней, средней и нижней трети уретры, провести осмотр шейки мочевого пузыря, визуализировать его внутренний «сфинктер» [10].

В настоящее время для оценки подвижности тазового дна широко используется УЗИ тазового дна. К преимуществам такого метода относятся его доступность, отсутствие ионизирующего излучения, неинвазивность. Кроме того, не требуется специальной подготовки пациентки. Как правило, для определения подвижности тазового дна применяется сканирование промежности.

В одном из исследований оценивали подвижность тазового дна по динамике изменения объема пролапса от состояния покоя к состоянию напряжения (повышение внутрибрюшного давления/проба Вальсальвы) с помощью трехмерного сканирования промежности. Подвижность тазового дна у женщин, страдавших стрессовым недержанием мочи, почти в 1,6 раза превышала таковую у пациенток без недержания мочи. При сканировании тазовых органов у женщин без пролапса прирост его объема составил 28%, что свидетельствовало о нормальной подвижности тазового дна. В то же время у пациенток с бессимптомным пролапсом тазовых органов исследуемый показатель достигал 75%. Патологическая подвижность тазового дна начиная с показателя объема опущения в 52% требует профилактических мероприятий по укреплению мышц тазового дна (методика биологической обратной связи – БОС) с дальнейшим динамическим наблюдением. В отличие от классификации POP-Q только трехмерное УЗИ дает полное представление о подвижности тазового дна у пациенток с выраженным пролапсом тазовых органов (третья-четвертая стадия по классификации POP-Q), которая варьируется в широких пределах. Именно поэтому степень натяжения и фиксации синтетического материала при выполнении хирургической коррекции, а также площадь сетчатого имплантата должны подбираться индивидуально с учетом резерва подвижности тазового дна. Таким образом, УЗИ тазового дна помогает обнаружить его патологическую подвижность еще

до клинических проявлений пролапса, обеспечивает возможность проведения профилактических мероприятий и динамического наблюдения, а также позволяет определять функциональные резервы при планировании хирургического лечения тазовых дисфункций [10].

В настоящее время для диагностики дисфункции тазового дна применяют широкий спектр цифровых перинеомеров, влажных манометров и цифровых электромиографов.

Итак, в силу многообразия клинической картины дисфункции тазового дна и вовлечения в патологический процесс соседних органов (кишечника, мочевого пузыря) подход к лечению пациенток должен быть мультидисциплинарным и предусматривать участие гинеколога, уролога, проктолога, сексолога и физиотерапевта.

Лечение

Лечение пролапса гениталий осложняется тем, что самые тяжелые и часто рецидивирующие формы встречаются у пациенток пожилого и старческого возраста. Согласно данным американского исследования, распространенность пролапса гениталий увеличивается примерно на 40% с каждой следующей декадой жизни [11].

Среди способов лечения пролапса гениталий – поведенческая терапия, тренировки мышц тазового дна с помощью специальных устройств (влагалищные конусы, тренажеры Кегеля) и портативных приборов (Myself, MyoBravo, DoloBravo), медикаментозная терапия, хирургическая коррекция. По данным разных авторов, частота рецидивов пролапса после операции составляет 28–43%. Послеоперационные осложнения и высокий риск рецидивов требуют разработки новых эффективных способов устранения этой проблемы [12].

Современные аппаратные методики для лечения дисфункции тазового дна позволяют решить проблему консервативным путем, что актуально для пациенток с про-

тивопоказаниями к оперативному лечению, а также для молодых и активных женщин с легкой степенью опущения тазовых органов или легкой степенью недержания мочи [13].

Методы лечения дисфункции тазового дна подбирают индивидуально в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания, показаний и противопоказаний.

Особого внимания заслуживает метод тренировки мышц тазового дна (ТМТД) в режиме БОС – метод первой линии при лечении недержания мочи [14, 15]. В метаанализе (88 рандомизированных исследований с участием 9721 женщины со стрессовой формой недержания мочи), посвященном сравнению различных методов лечения (БОС, электростимуляция мышц тазового дна, вагинальные конусы и шарики, тренировка мочевого пузыря, медикаментозная терапия антидепрессантами), наиболее эффективной (при длительном курсе) оказалась ТМТД, основанная на БОС [16].

Метод БОС начал успешно применяться в гастроэнтерологии и урогинекологии с 1970-х гг. БОС – это группа терапевтических процедур с использованием электронных или электромеханических инструментов, позволяющих оценить и обработать информацию с целью усиления свойств нейромускульной и автономной деятельности, как нормальной, так и аномальной, в форме слуховых и/или визуальных сигналов обратной связи [17].

Метод ТМТД в режиме БОС направлен на восстановление тонуса мышц тазового дна, коррекцию замыкательной функции уретровезикальных сфинктеров, восстановление фаз физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря. ТМТД способствует улучшению кровообращения в органах малого таза и нормализации психоэмоционального статуса.

Обоснованная и комбинированная ТМТД может существенно улучшить качество жизни больных с легкой и средней степенью



тяжести стрессового недержания мочи, которым оперативное лечение или не показано, или противопоказано. Благодаря появлению различных индивидуальных и стационарных физиотерапевтических приборов ТМТД стала намного комфортнее [18].

Одно из немаловажных преимуществ метода БОС – его безопасность. Данный вид терапии не имеет абсолютных противопоказаний. Относительные противопоказания связаны с физической или психологической невозможностью выполнения пациентками поставленной перед ними задачи. Эффективность ТМТД в режиме БОС повышается в сочетании с кинезиотерапией, дыхательной гимнастикой, лечебной физкультурой и плаванием [16, 19].

Физиотерапевтический прибор PELVIC-FIT (ПЭЛВИК-ФИТ) (рис. 1) предназначен для восстановления функций мышц тазового дна (мочеполовой диафрагмы) посредством обучения пациентов навыку произвольного (сознательного) и рефлекторного (непроизвольного) контроля сократительной функции мышц тазового дна при урогинекологических заболеваниях у взрослых и детей, а также при некоторых формах сексопатологии. Например, PELVIC-FIT способствует увеличению тонуса и сократительной способности мышц тазового дна, предупреж-



Рис. 1. Аппарат PELVIC-FIT

дая тем самым послеродовые осложнения у женщин и возрастные изменения генитальных функций у мужчин и женщин.

Показания к применению PELVIC-FIT в урогинекологии:

- состояния, обусловленные перенесенной родовой травмой промежности;
- опущение стенок влагалища и матки;
- недержание мочи (стрессовая и смешанная формы, гиперактивный мочевой пузырь);
- восстановление урогенитальных функций после оперативных вмешательств;
- лечение дисфункций сфинктера уретры.

Абсолютные противопоказания отсутствуют, относительными считаются состояния сердечно-сосудистой системы, препятствующие физической нагрузке.

Действие прибора PELVIC-FIT направлено на увеличение сократительной способности и объема мышц, образующих диафрагму таза. Наиболее мощное средство восстановления сократительной способности мышц – их тренировка (периодическое интенсивное, или субмаксимальное, напряжение). Скелетные мышцы напрягаются в ответ на волевое (сознательное) усилие. Но мышцы тазового дна, в отличие от других мышц тела, не поддаются созна-

АППАРАТНЫЙ КОМПЛЕКС PELVIC-FIT (ПЭЛВИК-ФИТ)

- реконструктивное восстановление и развитие мышц малого таза;
- предотвращение гормонозависимых расстройств;
- избавление от урологических и гинекологических заболеваний;
- повышение сексуальной функции;
- реабилитация при неврологических заболеваниях и операциях;
- подготовка к здоровой беременности и безболезненным родам.



PELVIC HEALTH[®]
by Nataly Romanova

Контакты Pelvic Health:

Телефоны: +7 (495) 999 99 30;
+7 (967) 237-64-64

Почта: info@pelvic-health.com

Сайты: pelvic-health.ru;
pelvic-health.com

Instagram: pelvic_health_com

Facebook: www.facebook.com/PelvicHealthDXB/

тельному контролю (напряжение усилием воли). Эти мышцы участвуют в рефлекторных реакциях мочеиспускания, дефекации, эрекции, эякуляции, и поэтому человек не ощущает их работу. Чтобы научиться интенсивно напрягать

мышцы тазового дна, необходим визуальный контроль, который обеспечивает прибор PELVIC-FIT. Работа с прибором PELVIC-FIT организована следующим образом. Положение пациентки – сидя на стуле. Пациентка вводит во влагалище предварительно обработанный антисептиком датчик для регистрации электрических сигналов мышц (рис. 2). Задача пациентки состоит либо в периодическом напряжении и расслаблении мышц тазового дна, либо в их длительном напряжении. Прибор задает временной режим работы и демонстрирует результаты мышечной деятельности в виде графиков. После фазы мышечного напряжения (от 30 до 60 секунд) следует период релаксации (15–45 секунд) (рис. 3). В период отдыха пациентка может смотреть фильм или слайд-шоу. Общая продолжительность сеанса – 20 минут. Сеанс проводится ежедневно один раз в день. Курс – 10–15 сеансов. Для усиления мышц тазового дна предусмотрено три варианта упражнений: «Столбики», «Ступени» и «Мотивационный». Два первых варианта предоставляют возможность непосредственно видеть на экране монитора графическое отображение работы собственных мышц промежности и сопоставлять ее с заданием, также отображаемым на экране. Пациентка следит за активностью собственных мышц, может управлять их напряжением, видеть результат своих усилий и их корректировать, произвольно регулируя мышечный тонус. Этот тип обратной связи развивает сознательный контроль над функциями мышц. Именно с этих режимов следует начинать работу.

размеры. Поэтому увеличение объема мышцы и ее произвольное напряжение при половом акте значительно усиливают фрикцию и (вместе с *musculus ischiocavernosus*) прижимают пенис к клитору (рис. 4). Это в значительной мере увеличивает интенсивность ощущений как у женщины, так и у мужчины и ускоряет наступление оргазма. По результатам исследования по оценке эффективности ТМТД в режиме БОС на аппарате PELVIC-FIT, суммарная эффективность метода составила 61,6% при стрессовом недержании мочи, 37,8% – при ургентном и 49,2% – при смешанном (рис. 5). При этом неэффективность ТМТД у женщин со стрессовым недержанием мочи (38,4%) наблюдалась в 1,6 раза реже, чем у пациенток с ургентным недержанием мочи (62,2%) – различия статистически значимы, $p < 0,02$ [20]. Таким образом, ТМТД – эффективный метод лечения недержания мочи и может выступать в качестве альтернативы хирургическому лечению, поскольку более чем в половине случаев снижает частоту эпизодов неконтролируемой потери мочи.

Заключение

Современные достижения науки позволяют осуществлять дифференцированный индивидуальный подход к лечению сложных урогинекологических заболеваний с учетом решения не только медицинских, но и социальных проблем, стоящих перед врачом. Лечение невозможно без комплексного и всестороннего подхода – определяющего фактора успеха лечения и улучшения качества жизни.

Аппаратные методики лечения дисфункций мышц тазового дна – один из важнейших способов снижения количества оперативных вмешательств в урогинекологии, а также рецидивов пролапса после хирургических методов лечения. Возможность консервативного лечения в случае недержания мочи и пролапса гениталий способствует

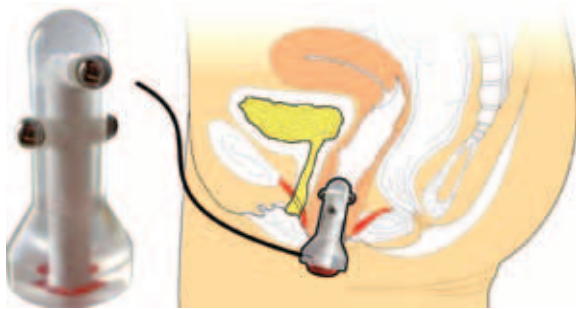


Рис. 2. Датчик, введенный во влагалище

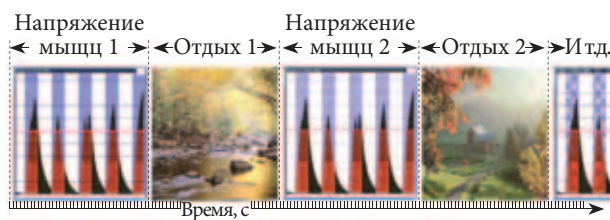


Рис. 3. Схематическое изображение цикла работы пациентки на аппарате PELVIC-FIT

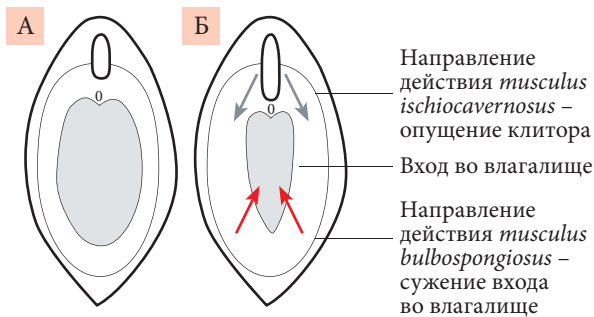


Рис. 4. Вход во влагалище и клитор при напряжении слабых (А) и тренированных (Б) интимных мышц

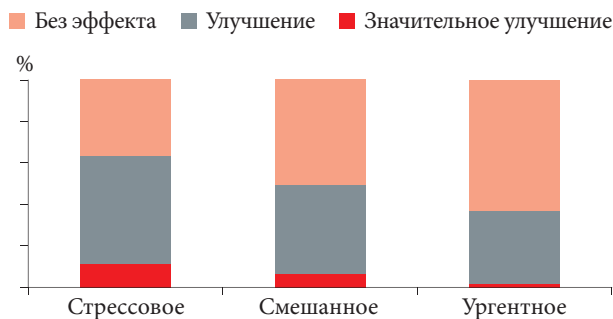
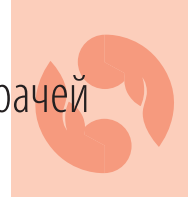


Рис. 5. Клиническая эффективность метода ТМТД при лечении различных типов недержания мочи у женщин



росту обращаемости больных к специалисту, а возможность индивидуального использования в амбулаторных условиях большинства методик – увеличению комплаенса. Активное внедрение современного подхода к тактике ведения пациентов с дисфункциями мышц тазового дна позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить затраты на лечение. ❁

Литература

1. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1998. № 1. С. 77–79.
2. Riesco M.L., Caroci Ade S., de Oliveira S.M., Lopes M.H. Perineal muscle strength during pregnancy and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation // Rev. Lat. Am. Enfermagem. 2010. Vol. 18. № 6. P. 1138–1144.
3. Аполихина И.А., Кулаков В.И. Недержание мочи у женщин: клиника, диагностика, лечение. Поликлиническая гинекология (клинические лекции) / под ред. В.Н. Прилепской. 2-е изд., доп. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
4. Краснопольская И.В. Дисфункция тазового дна у женщин: патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения, возможности профилактики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2018.
5. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type // J. Am. Geriatr. Soc. 1998. Vol. 46. № 4. P. 473–480.
6. Аполихина И.А., Константинов В.В., Деев А.Д. Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин // Акушерство и гинекология. 2005. № 5. С. 32–36.
7. Guralnick M.L., Kelly H., Engelke H. et al. InTone: a novel pelvic floor rehabilitation device for urinary incontinence // Int. Urogynecol. J. 2015. Vol. 26. № 1. P. 99–106.
8. Серов В.Н., Кира Е.Ф., Аполихина И.А., Антонова И.Б. Гинекология. Руководство для врачей. М.: Литтерра, 2008. С. 576–600.
9. Горбунова Е.А., Аполихина И.А. Атрофический цистит как одна из граней генитоуринарного синдрома // Эффективная фармакотерапия. 2015. Вып. 36. Акушерство и гинекология. № 4. С. 32–39.
10. Yoshimura K., Morotomi N., Fukuda K. et al. Effects of pelvic organ prolapse ring pessary therapy on intravaginal microbial flora // Int. Urogynecol. J. 2016. Vol. 27. № 2. P. 219–227.
11. Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Марченко Т.Б., Рижинашвили И.Д. Опыт применения синтетических протезов для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте // Альманах клинической медицины. 2015. № 37. С. 118–122.
12. Аполихин О.И., Ромих В.В., Кукушкина Л.Ю. и др. Применение метода биологической обратной связи при стрессовом недержании мочи у женщин // Экспериментальная и клиническая урология. 2010. № 4. С. 50–53.
13. García-Sánchez E., Rubio-Arias J.A., Ávila-Gandía V. et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training in treating urinary incontinence in women: a current review // Actas Urol. Esp. 2016. Vol. 40. № 5. P. 271–278.
14. Park S.H., Kang C.B., Jang S.Y., Kim B.Y. Effect of Kegel exercise to prevent urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: systematic review // J. Korean Acad. Nurs. 2013. Vol. 43. № 3. P. 420–430.
15. Herderschee R., Hay-Smith E.J., Herbison G.P. et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women // Cochrane Database Syst. Rev. 2011. Vol. 7. CD009252.
16. Imamura M., Abrams P., Bain C. et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence // Health Technol. Assess. 2010. Vol. 14. № 40. P. 1–188.
17. Schwartz M. Biofeedback: a practitioner's guide. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1995.
18. Аполихина И.А., Кубицкая Ю.В. Применение тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи для лечения недержания мочи у женщин // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2013. № 1. С. 26–31.
19. Vizintin Z., Lukac M., Kazic M., Tettamanti M. Erbium laser in gynecology // Climacteric. 2015. Vol. 18. Suppl. 1. P. 4–8.
20. Аполихина И.А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006.

Possibilities of Training the Pelvic Floor Muscles in the Biofeedback Mode on the PELVIC-FIT Device

I.A. Apolikhina^{1,2}, A.S. Chochuyeva¹, A.S. Saidova¹

¹ National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Inna Anatolyevna Apolikhina, i_apolikhina@oparina4.ru

Here we provide contemporary data on epidemiology, etiology, diagnostic approaches and conservative methods of various pelvic disorders in women, in particular, prolapse of pelvic organs, urinary incontinence, pelvic pain and sexual dysfunctions. Special attention was paid to pelvic floor muscle training exercises in a biofeedback mode.

Key words: pelvic floor dysfunction, pelvic dilation, urinary incontinence, pelvic floor muscle training, biofeedback

Предменструальный синдром. Устаревшая проблема?

В.Е. Балан, Е.В. Тихомирова, А.В. Царькова

Адрес для переписки: Вера Ефимовна Балан, balanmed@gmail.com

По разным данным, от 50 до 80% женщин репродуктивного возраста отмечают те или иные предменструальные симптомы, примерно у 8% из них наличие чрезвычайно тяжелых проявлений позволяет поставить диагноз «предменструальное дисфорическое расстройство». Комбинированные оральные контрацептивы – эффективный метод лечения этих нарушений. В статье рассматриваются преимущества применения содержащих дроспиренон препаратов при предменструальном синдроме/предменструальном дисфорическом расстройстве.

Ключевые слова: предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство, комбинированные оральные контрацептивы, дроспиренон, фолаты

Введение

Предменструальный синдром (ПМС) впервые описал американский психиатр А.Ф. Франк в 1931 г., обративший внимание на четкую связь выраженных эмоционально-психических и поведенческих изменений у женщин со второй фазой менструального цикла и полное их исчезновение после наступления менструации [1]. Ученый предложил определение, согласно которому «предменструальная болезнь – это чувство неопределимого напряжения, которое начинается за семь – десять дней до менструации и продолжается до начала менструального кровотечения. Женщина находит облегчение в совершении глупых и бессмысленных действий, но в отличие от психических больных испытывает угрызения совести по отношению к семье и осознает невыносимость своего поведения и поступков» [2].

Примерно 50–80% женщин репродуктивного возраста отмечают те или иные предменструальные симптомы (физические, эмоциональные, поведенческие и познавательные). У 20% из них проявления могут быть достаточно серьезными и существенно ухудшать общее самочувствие и качество жизни, что позволяет поставить диагноз ПМС [3]. Самые тяжелые проявления, как правило, эмоциональные и поведенческие: раздражительность, лабильность настроения, подавленность или, наоборот, беспокойство, импульсивность, агрессия, чувство «потери контроля над собой», повышенная утомляемость, невозможность сосредоточиться и снижение концентрации. Физические проявления (вздутие живота, боли в молочных железах, мышцах, суставах) и изменение пищевого поведения (повышение аппетита и особые вкусовые пристрастия) довершают клиничес-

кую картину ПМС. У конкретной женщины могут отмечаться один выраженный симптом или комбинация нескольких симптомов, но их характер обычно устойчив в течение большинства менструальных циклов.

До 8% женщин в общей популяции страдают от крайне тяжелых симптомов ПМС [4]. В случае резкого нарушения привычного образа жизни, негативного влияния на работоспособность, общее благополучие и социальную активность можно говорить о так называемом предменструальном дисфорическом расстройстве (ПМДР). При этом клиническая картина может не полностью удовлетворять диагностическим критериям Американской психиатрической ассоциации, сформулированным в четвертом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (1994) [3].

Эпидемиология и клиническая картина

Пациентки с ПМС почти в девять раз чаще сообщают о значительном ухудшении семейных взаимоотношений, отсутствии удовольствия от занятий хобби и резком снижении производительности труда в предменструальные дни. Европейские исследования убедительно продемонстрировали, что экономическое и социальное бремя ПМС/ПМДР, согласно величине показателя, представляющего годы жизни с потерей трудоспособности (Disability Adjusted Life Years), сравнимо с негативным



влиянием общеизвестных нарушений настроения и лишь немного отстает от такового при эндогенной депрессии [5, 6]. В США ПМС приводит к значительным затратам как прямым (стоимость медицинского обслуживания), так и косвенным (потеря производительности труда), составляющим примерно 4333 доллара на одну пациентку в год [7].

Трудности с точной оценкой распространенности ПМС/ПМДР и их негативного воздействия на благополучие женщин в популяции в целом возникают главным образом из-за низкой обращаемости женщин, а также недостатка рутинных диагностических критериев этих расстройств. В любом случае цикличность симптомов должна быть подтверждена с помощью ежедневного мониторинга клинических проявлений в динамике менструального цикла (у женщин после гистерэктомии связь с менструальным циклом обнаруживается с помощью дополнительных методов обследования) в течение как минимум двух менструальных циклов. Ключевая характеристика ПМС – симптомы возникают четко в лютеиновую фазу цикла и подвергаются регрессу в течение менструации. «Светлый промежуток» в состоянии пациентки – важный критерий ПМС, позволяющий исключить предменструальное обострение психиатрического заболевания или какого-либо нарушения, не связанного с менструальным циклом.

Патогенез

Гормональная теория

Главные проявления ПМС/ПМДР – эмоциональные и поведенческие симптомы. Базовые механизмы этих расстройств не могут не затрагивать центральную нервную систему. Половые гормоны легко проникают через гематоэнцефалический барьер, и их рецепторы широко представлены во многих отделах головного мозга, в том числе регулирующих эмоции и поведение (миндалевидном теле и гипоталамусе).

Решающее значение в генезе симптомов ПМС принадлежит не уров-

ню половых гормонов, который не отличается от такового у здоровых женщин, а гормональным колебаниям в течение менструального цикла и повышенной чувствительности к прогестерону, что обусловлено нарушением функции важнейших нейротрансмиттеров, особенно гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и серотонина. Изменение настроения, о котором сообщают некоторые женщины в пери- и ранней постменопаузе, получающие заместительную гормональную терапию в циклическом режиме, позволяет предположить, что именно прогестерон, а не эстроген ответствен за стимулирование дисфории.

Уровень серотонина или экспрессия его рецепторов в головном мозге меняется в течение менструального цикла под модулирующим воздействием половых гормонов. Купирование многих симптомов ПМС/ПМДР с помощью селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) свидетельствует об участии серотонинергической системы головного мозга в генезе этих нарушений. ГАМК контролирует активность нейронов центральной нервной системы за счет ингибиторного эффекта. При этом метаболит прогестерона аллопрегнанолон действует как агонист ГАМК_A-рецепторов, и обычно его уровень у пациенток с ПМС снижается. Доказанное тесное взаимодействие серотонинергической и ГАМК-ергической систем служит аргументом в пользу их сочетанного участия в патогенезе предменструальных расстройств, при этом изменение уровня половых стероидов играет роль триггерного механизма их развития.

Интересно, что в нейровизуализационных исследованиях головного мозга с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии у женщин с ПМДР обнаружено снижение реактивности миндалины в предменструальный период, что приводит к удлинению времени обработки отрицательных эмоций и укорочению времени обработки положительных эмоций,

а также снижению контроля со стороны лимбической системы за выраженностью эмоций [8].

Представленная выше гипотеза развития ПМС достаточно убедительна, поскольку симптомы отсутствуют во время ановуляторных циклов, после овариэктомии или лечения ингибиторами овуляции и, наоборот, могут рецидивировать после назначения экзогенных гормонов. Однако неясно, в какой мере предменструальные соматические симптомы, особенно связанные с болью, обусловлены изменениями в гормонозависимых тканях, поскольку дисфорические нарушения способны снижать порог восприятия болевых ощущений.

Теория нарушения водно-солевого обмена

ПМС – многофакторное заболевание, включающее изменения многих биологических параметров в динамике менструального цикла. Наряду с гормональной теорией важное место в объяснении патогенеза ПМС занимает нарушение водно-солевого обмена, который, в частности, регулируется ренин-ангиотензин-альдостероновой системой. В средней лютеиновой фазе, когда симптомы наиболее выражены, отмечается достаточно высокий уровень как эстрогенов, так и прогестерона, оказывающих значительное модулирующее влияние на эту систему. Эндогенные эстрогены стимулируют синтез ангиотензиногена в печени, в результате чего увеличивается уровень ангиотензина II, который в свою очередь усиливает выработку альдостерона в коре надпочечников, а значит, реабсорбцию натрия в почках, потерю калия и как результат задержку воды у предрасположенных к таким нарушениям женщин. Однако благодаря механизму отрицательной обратной связи у здоровых молодых женщин это приводит к снижению секреции ренина в почках, поэтому повышение ангиотензина II и альдостерона незначительно. Кроме того, в норме эндогенный прогестерон действует как антагонист рецепторов альдостерона в почках и тем самым

снижает минералокортикоидный эффект эндогенных эстрогенов. Дисрегуляция этих процессов у пациенток с ПМС приводит к появлению в середине лютеиновой фазы симптомов, обусловленных задержкой жидкости:

- отечности лица, кистей рук, голеней и стоп, последнее иногда вызывает необходимость ношения обуви на размер больше;
- вздутию живота (метеоризму), запорам;
- нагрубанию и болезненности молочных желез;
- некоторому повышению уровня артериального давления, обусловленному увеличением объема циркулирующей крови.

Показано, что антагонист альдостерона спиронолактон эффективен при вздутии живота и масталгии [9, 10]. Однако не во всех работах было четко прослежено, что соматические симптомы ПМС ассоциируются с задержкой жидкости, возможно, происходит ее перераспределение.

Основные принципы лечения

Во-первых, прежде чем начать медикаментозное лечение пациенток с ПМС/ПМДР, следует тщательно собрать анамнез, обращая особое внимание на такие нарушения, как депрессия, дистимические/тревожные расстройства в анамнезе и гипотиреоз. Нельзя забывать о том, что предменструальные расстройства могут быть связаны со злоупотреблением алкоголем (так женщины с тревожными расстройствами и депрессией пытаются справиться со своим состоянием, что только ухудшает симптомы), а также домашним насилием и посттравматическим стрессовым расстройством. Эти непростые вопросы в деликатной форме обязательно надо задать пациентке. Как уже отмечалось, ключевое значение имеет подтверждение цикличности симптомов в течение как минимум двух менструальных циклов и исключение других нарушений/заболеваний, которые могут обостряться в предменструальные дни.

Во-вторых, надо найти время и не спеша побеседовать с пациенткой, объяснив ей, что ее симптомы имеют биологическое объяснение, а не являются результатом ее личностных и/или характерологических особенностей. Это важно, поскольку многие пациентки испытывают чувство вины за агрессивное поведение, особенно в отношении детей, и не верят в возможность эффективного лечения, принимая циклические расстройства настроения/поведения как данность. В-третьих, следует проанализировать клинические симптомы и степень их влияния на общее благополучие пациентки, чтобы в зависимости от их тяжести назначить лечение.

Нефармакологическая (поведенческая) терапия

При незначительных/умеренных проявлениях предменструальных расстройств может помочь изменение характера питания – сокращение потребления углеводов с высоким гликемическим индексом, соли, кофеина и алкоголя, хотя доказательные данные на этот счет пока отсутствуют. Важно, чтобы питание было полноценным, сбалансированным и включало все необходимые витамины и нутриенты. Значимую роль в функционировании нервной системы играют фолаты, участвующие в важных механизмах трансметилирования в центральной нервной системе (в цикле однокарбоновых кислот), а значит, в метаболизме важнейших нейротрансмиттеров (серотонина, дофамина и норадреналина) [11]. Кроме того, они принимают участие в обмене жирных кислот в мембранах нейронов и клеток нейроглии.

Многие работы последних 30 лет показали склонность лиц с дефицитом фолатов к психологическим нарушениям, особенно депрессии, сочетающейся с апатией, усталостью, бессонницей, раздражительностью и снижением концентрации [12]. По разным данным, у 15–38% пациентов с выраженной депрессией имеются пограничные/низкие уровни фолатов в сыворот-

ке и эритроцитах [13, 14]. Быстрое купирование этих проявлений после приема фолатов представляется убедительным доказательством взаимосвязи нарушений настроения и обмена этих веществ [15].

Основные источники фолатов в пище – свежие фрукты и овощи, но организм способен усваивать только 50% фолатов, содержащихся в натуральных продуктах. При тепловой обработке теряется до 90% этих важных веществ. К сожалению, у значительной части женщин репродуктивного возраста, даже потребляющих обогащенные фолиевой кислотой продукты питания, уровень фолатов в эритроцитах (что наиболее важно!) ниже рекомендуемого [16]. Кроме того, у многих современных женщин питание не полноценно из-за стремления к похуданию даже при нормальной массе тела, что может потребовать дополнительного приема фолатов.

Разнообразные методы снятия напряжения и релаксации (аэробные физические упражнения по 20–30 минут не менее трех раз в неделю, занятия йогой и др.) способны снижать выраженность проявлений ПМС, как полагают, за счет повышения уровня эндорфинов, уменьшающегося в лютеиновую фазу цикла.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение ПМС включает растительные препараты, витамины и минералы, психотропные и гормональные средства. Экстракт витекса обыкновенного (*Vitex agnus castus*) – единственное растительное лекарственное средство, которое продемонстрировало положительное влияние на такие симптомы, как раздражительность и лабильность настроения, в плацебоконтролируемых исследованиях [17]. К дополнительным методам терапии можно отнести назначение витамина B₆ (пиридоксина) в дозе от 20 до 40 мг в сутки [18]. Рекомендуются также прием магния в виде оксида магния по 200 мг в сутки или комплексного препарата Магне В6 (четыре – шесть таблеток в сутки).



Необходимо подчеркнуть, что эти средства применяют только при незначительных проявлениях ПМС и доказательства их эффективности отсутствуют.

При умеренных/тяжелых формах ПМС/ПМДР используют более эффективные методы фармакологического воздействия [4]. Многие из предложенных режимов терапии для лечения предменструальных расстройств имеют четкое биологическое обоснование, и их эффективность подтверждена в рандомизированных плацебоконтролируемых клинических исследованиях. Два основных метода лечения умеренного/тяжелого ПМС включают воздействие на серотонинергическую систему головного мозга и гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось.

Антидепрессанты

В последнее время широкое применение для лечения ПМС и особенно ПМДР получили современные антидепрессанты, к которым относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), обладающие тимоаналептическим эффектом (снятие тревоги, напряжения, улучшение настроения и общего психического самочувствия) [19, 20]. Рекомендуется принимать СИОЗС в непрерывном режиме. В прерывистом режиме – за 7–14 дней до предполагаемой менструации – прием препаратов этого ряда не имеет смысла, так как «период вхождения» в терапию занимает две недели. Среди наиболее частых неблагоприятных эффектов при использовании СИОЗС – беспокойство, чрезмерная седация, бессонница, тошнота, сексуальная дисфункция и повышение массы тела, то есть крайне нежелательные проявления для пациенток с предменструальными расстройствами [19].

Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США разрешены четыре препарата для лечения ПМС/ПМДР. Это три СИОЗС – флуоксетин (Прозак®), пароксетин (Паксил™), сертралин (Золофт®) и комбинированный оральным

контрацептив Джес® (этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг в режиме 24/4). На сегодняшний день в Российской Федерации для лечения этих расстройств не одобрен ни один из вышеуказанных СИОЗС в отличие от препарата Джес®.

Гормональные препараты

Из-за распространенного ранее отношения к предменструальным расстройствам как следствию дефицита прогестерона некоторые врачи пытались назначать препараты прогестерона в циклическом режиме, что только ухудшало состояние пациенток. Цель гормональной терапии при ПМС/ПМДР состоит не в коррекции гормональных нарушений, а в прерывании нормальной циклической активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, являющейся триггером этих симптомов. Поэтому в терапии можно с успехом применять даназол, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона и комбинированные оральные контрацептивы [3]. Даназол назначают в дозе 200–400 мг в сутки в течение шести-семи месяцев, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона – три – шесть инъекций на курс (обязательно с применением add-back-терапии) [21]. Лечение должно быть длительным, а потому на фоне указанных классов препаратов невозможно избежать серьезных побочных эффектов. В этой связи наиболее широкое распространение для лечения предменструальных расстройств различного характера получили комбинированные оральные контрацептивы. До разработки комбинированных оральных контрацептивов, содержащих прогестаген дроспиренон, данные в поддержку их использования в лечении ПМС/ПМДР были противоречивыми. В одних работах отмечалась тенденция к улучшению состояния пациенток в предменструальный период, а в других регистрировалось отсутствие эффекта или даже усиление выраженности симптомов, вероятно, в резуль-

тате влияния прогестагенов как производных 19-нортестостерона (масталгия, головные боли, вздутие живота и др.), так и производных прогестерона (депрессия, тревога, раздражительность, нарушение концентрации и др.). Дроспиренон, будучи производным 17-альфа-спиронолактона, по фармакологическим характеристикам максимально близок к эндогенному прогестерону – естественному антагонисту минералокортикоидных рецепторов. Однако сродство этого прогестагена к данным рецепторам примерно в пять раз выше, чем у альдостерона, и в два – четыре раза выше, чем у прогестерона.

Во многих работах показано, что на фоне приема комбинации «этинилэстрадиол 30 мкг + дроспиренон 3 мг» в режиме 21/7 масса тела оставалась стабильной или даже несколько снижалась [22]. Это могло быть вызвано значимым уменьшением количества жидкости в организме в целом и внеклеточной жидкости в лютеиновую фазу цикла в частности. Фактически эти показатели не отличались от таковых в фолликулиновую фазу [23]. У пациенток с ПМС к шестому месяцу лечения этинилэстрадиолом 30 мкг + дроспиреном 3 мг в режиме 24/4 отмечалось значимое улучшение таких симптомов, как лабильное настроение, задержка жидкости и изменение аппетита [24]. Все комбинированные оральные контрацептивы обладают способностью ингибировать гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему. Однако при сравнении комбинации «этинилэстрадиол 30 мкг + дроспиренон 3 мг» и «этинилэстрадиол 30 мкг + левоноргестрел 150 мкг» в течение шести циклов лечения более значимое улучшение таких симптомов, как тревога, раздражительность, уныние и задержка жидкости, было обнаружено на фоне содержащего дроспиренон препарата [25]. Это, безусловно, подтверждает важность характеристик прогестина в составе комбинированных оральных контрацептивов. Согласно экспериментальным

работам, дроспиренон помимо того, что оказывает антиминералокортикоидное действие, также способен влиять на содержание бета-эндорфина и нейростероида аллопрегнанолона в определенных структурах центральной нервной системы [26].

Важно подчеркнуть, что у дроспиренона отсутствуют нежелательные для пациенток с ПМС/ПМДР андрогенные (наоборот, имеется умеренное антиандрогенное влияние) и глюкокортикоидные свойства (например, у медроксипрогестерона ацетата). Многие женщины наиболее тяжелыми симптомами считают агрессивность (гневливость) и раздражительность. Эти проявления могут быть обусловлены тем, что у пациенток с ПМС/ПМДР в момент «расцвета» желтого тела в середине лютеиновой фазы цикла уровень свободного тестостерона выше, чем у здоровых женщин. Дроспиренон, оказывая антиандрогенный эффект, способствует улучшению состояния пациенток, купируя раздражительность и агрессивность [27].

Еще один дополнительный благоприятный эффект дроспиренона – купирование циклического появления акне. Во многих исследованиях при приеме препарата Джес® наблюдалось статистически значимое снижение процента поражений кожи воспалительного и невоспалительного характера, а также общего числа поражений кожи в среднем по сравнению с группой плацебо [28].

Джес® – первый пероральный контрацептивный препарат с зарегистрированным лечебным показанием «контрацепция и лечение тяжелой формы ПМС». Помимо того что препарат содержит дроспиренон с уникальными свойствами и длительным периодом полувыведения, он принимается в режиме 24/4. В отличие от других низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов с традиционным режимом приема 21/7, когда симптомы ПМС во время перерыва рецидивируют, препарат Джес® благодаря режиму приема 24/4 способствует более значительному подавлению функции яичников и снижению эндогенных колебаний уровней гормонов [29]. Эффективность препарата для лечения ПМС/ПМДР подтверждена в достаточно крупных двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных исследованиях [30, 31].

По ряду причин комбинированные оральные контрацептивы – уникальные носители фолатов, позволяющие достичь адекватного фолатного статуса, в связи с чем был разработан препарат Джес® Плюс для приема в режиме 24/4, в состав которого помимо этинэстрадиола 20 мкг и дроспиренона 3 мг также входит метафолин® (левомефолат кальция). Метафолин® – стабильная форма природного фолата, которая в организме сразу расщепляется на биологически активное вещество и кальций, в отличие от фолиевой

кислоты, которой для этого требуется ряд ступенчатых преобразований с участием нескольких ферментов. Используя комбинированный оральные контрацептив с фолатом, женщина получает рекомендуемую суточную дозу этого витамина. Исходя из крайне негативного влияния дефицита фолатов на эмоции и настроение, способного усугублять состояние женщин с предменструальными расстройствами, значение появления такого препарата трудно переоценить. В выполненном в США многоцентровом исследовании у женщин репродуктивного возраста, принимавших препарат Джес® Плюс, отмечено статистически значимое повышение фолатного статуса по сравнению с женщинами, получавшими гормоны в том же режиме и в той же комбинации, но без метафолина [32]. Дополнительные неконтрацептивные преимущества содержащих дроспиренон комбинированных оральных контрацептивов – важные факторы, оказывающие влияние на приверженность лечению и удовлетворение его результатами пациенток с предменструальными расстройствами (как психологическими, так и соматическими) различной степени тяжести. Надежный контрацептивный эффект этих препаратов у женщин репродуктивного возраста служит еще одним важным аргументом в пользу выбора этого метода гормонального лечения. ☺

Литература

1. Frank A.F. The hormonal cause of premenstrual tension // Arch. Neurol. Psychiat. 1931. Vol. 26. № 5. P. 1053–1057.
2. Балан В.Е., Ильина Л.М. Предменструальный синдром // Лечащий врач. 2008. № 3. С. 56–60.
3. Halbreich U., Backstrom T., Eriksson E. et al. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies // Gynecol. Endocrinol. 2007. Vol. 23. № 3. P. 123–130.
4. ACOG Practice Bulletin No. 15: Premenstrual syndrome / ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology // Obstet. Gynecol. 2000. Vol. 95. № 4. Suppl. P. 1–9.
5. Pearlstein T., Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update // J. Psychiatry Neurosci. 2008. Vol. 33. № 4. P. 291–301.
6. Borenstein J.E., Dean B.B., Endicott J. et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome // J. Reprod. Med. 2003. Vol. 48. № 7. P. 515–524.
7. Rapkin A.J., Winer S.A. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness // Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2009. Vol. 9. № 2. P. 157–170.
8. Protopopescu X., Tuescher O., Pan H. et al. Toward a functional neuroanatomy of premenstrual dysphoric disorder // J. Affect. Disord. 2008. Vol. 108. № 1–2. P. 87–94.
9. Vellacott I.D., Shroff N.E., Pearce M.Y. et al. A double-blind, placebo-controlled evaluation of spironolactone in the premenstrual syndrome // Curr. Med. Res. Opin. 1987. Vol. 10. № 7. P. 450–456.
10. Aslaksen K., Falk V. Spironolactone in the treatment of premenstrual tension: a double-blind study of spironolactone vs bendroflumethiazide and placebo // Curr. Ther. Res. Clin. Exper. 1991. Vol. 49. P. 120–130.

28 ноября **2018**

XXII Научно-практическая конференция
**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ:
АКТУАЛЬНЫЕ И ДИСКУССИОННЫЕ
ВОПРОСЫ**

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7 (495) 699-14-65; 699-81-84
info@medq.ru; www.medq.ru

**Москва, Новый Арбат, 36
Здание Правительства Москвы**

11. *Morris M.S.* Folate, homocysteine, and neurological function // *Nutr. Clin. Care.* 2002. Vol. 5. № 3. P. 124–132.
12. *Lazarou C., Kapsou M.* The role of folic acid in prevention and treatment of depression: An overview of existing evidence and implications for practice // *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2010. Vol. 16. № 3. P. 161–166.
13. *Miller A.L.* The methylation, neurotransmitter, and antioxidant connections between folate and depression // *Altern. Med. Rev.* 2008. Vol. 13. № 3. P. 216–226.
14. *Lerner V., Kanevsky M., Dwolatzky T.* Vitamin B12 and folate serum levels in newly admitted psychiatric patients // *Clin. Nutr.* 2006. Vol. 25. № 1. P. 60–67.
15. Dietary reference intakes for thiamine, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline / Institute of Medicine (US) Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes and its Panel on Folate, Other B Vitamins, and Choline. Washington DC: National Academy Press, 1998.
16. *Shuaibi A.M., House J.D., Sevenhuysen G.P.* Folate status of young Canadian women after folic acid fortification of grain products // *J. Am. Diet. Assoc.* 2008. Vol. 108. № 12. P. 2090–2094.
17. *Girman A., Lee R., Kligler B.* An integrative medicine approach to premenstrual syndrome // *Am. J. Obst. Gynecol.* 2003. Vol. 188. № 5. Suppl. P. S56–65.
18. *Whelan A.M., Jurgens T.M., Naylor H.* Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review // *Can. J. Clin. Pharmacol.* 2009. Vol. 16. № 3. P. 407–429.
19. *Shah N.R., Jones J.B., Aperi J. et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis // *Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 111. № 5. P. 1175–1182.
20. *Brown J., O'Brien P.M., Marjoribanks J., Wyatt K. et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome (Review) // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009. Vol. 2. CD001396.
21. *Wyatt K.M., Dimmock P.W., Khaled M.K. et al.* The effectiveness of GnRHa with and without 'add-back' therapy in treating premenstrual syndrome: a meta-analysis // *BJOG.* 2004. Vol. 111. № 6. P. 585–593.
22. *Oelkers W., Helmerhorst F.M., Wuttke W., Heithecker R.* Effect of an oral contraceptive containing drospirenone on the renin-angiotensin-aldosterone system in healthy female volunteers // *Gynecol. Endocrinol.* 2000. Vol. 14. № 3. P. 204–213.
23. *Fruzzetti F., Lello S., Lazzarini V. et al.* The oral contraceptive containing 30µg of ethinylestradiol plus 3mg of drospirenone is able to antagonize the increase of extracellular water occurring in healthy young women during the luteal phase of the menstrual cycle: an observational study // *Contraception.* 2007. Vol. 75. № 3. P. 199–203.
24. *Parsey K.S., Pong A.* An open-label, multicenter study to evaluate Yasmin, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenone, a new progestogen // *Contraception.* 2000. Vol. 61. № 2. P. 105–111.
25. *Sangthawan M., Taneepanichskul S.* A comparative study of monophasic oral contraceptives containing either drospirenone 3 mg or levonorgestrel 150 µg on premenstrual symptoms // *Contraception.* 2005. Vol. 71. № 1. P. 1–7.
26. *Genazzani A.R., Pluchino N., Begliuomini S. et al.* Drospirenone increases central and peripheral beta-endorphin in ovariectomized female rats // *Menopause.* 2007. Vol. 14. № 1. P. 63–73.
27. *Klipping C., Duijkers I., Trummer D., Marr J.* Suppression of ovarian activity with a drospirenone-containing oral contraceptive in a 24/4 regimen // *Contraception.* 2008. Vol. 78. № 1. P. 16–25.
28. *Yonkers K.A., Brown C., Pearlstein T.B. et al.* Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder // *Obstet. Gynecol.* 2005. Vol. 106. № 3. P. 492–501.
29. *Pearlstein T.B., Bachmann G.A., Zacur H.A., Yonkers K.A.* Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation // *Contraception.* 2005. Vol. 72. № 6. P. 414–421.
30. *Pearlstein T., Yonkers K.A., Fayyad R., Gillespie J.* Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder // *J. Affect. Disord.* 2005. Vol. 85. № 3. P. 275–282.
31. *Koltun W., Maloney J.M., Marr J., Kunz M.* Treatment of moderate acne vulgaris using a combined oral contraceptive containing ethinylestradiol 20 µg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen: a pooled analysis // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2011. Vol. 155. № 2. P. 171–175.
32. *Bart S., Marr J., Diefenbach K. et al.* Folate status and homocysteine levels during a 24-week oral administration of a folate-containing oral contraceptive: a randomized, double-blind, active-controlled, parallel-group, US-based multicenter study // *Contraception.* 2012. Vol. 85. № 1. P. 42–50.

Premenstrual Syndrome. The Outdated Problem?

V.Ye. Balan, Ye.V. Tikhomirova, A.V. Tsarkova

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Contact person: Vera Yefimovna Balan, balanmed@gmail.com

According to various data, 50 to 80% of women of reproductive age experience some kind of premenstrual symptoms, while about 8% of them have extremely severe manifestations, which allow diagnosing premenstrual dysphoric disorder. Combined oral contraceptives are an effective treatment for these disorders. The advantages of drospirenone-containing drugs are considered.

Key words: *premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, combined oral contraceptives, drospirenone, folates*

21-23 НОЯБРЯ 2018 ГОДА

- Министерство здравоохранения РФ
- ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ
- Ассоциация анестезиологов-реаниматологов
- Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»



XI ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

Москва, Площадь Европы, 2
«Рэдиссон Славянская» Гостиница и Деловой Центр

По традиции в конгрессе примут участие ведущие специалисты России, стран Европы, Азии, Америки.

В рамках конгресса будет предоставлена возможность ознакомиться с организацией деятельности профильных отделений ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»; состоится обсуждение клинических рекомендаций по ключевым проблемам анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и неонатологии; будут проведены лекции, школы, круглые столы, мастер-классы, клинические разборы, обучающие семинары и тренинги.

В период работы конгресса планируется:

- Ежегодная конференция делегатов Общероссийской общественной организации содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»
- Рабочее совещание Комитета Ассоциации анестезиологов-реаниматологов России по анестезиологии-реаниматологии в акушерстве
- Конкурс молодых ученых и врачей-исследователей в области неонатологии, анестезиологии и реаниматологии
- Школа медицинских сестер – анестезистов в акушерстве
- Школа неонатальных медицинских сестер
- Курс «Обучай учителей»
- Школа WFSA «Основы лечения боли» (EPM)
- Специализированная выставочная экспозиция ведущих отечественных и зарубежных фармацевтических компаний

Документация по данному образовательному мероприятию представляется в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО

Регистрационный взнос

До 21.08.2018	С 22.08.2018	Один день до 21.08.2018	Один день с 22.08.2018
4 500 руб.	3 000 руб.	2 500 руб.	3 000 руб.
Студенты	Школы медицинских сестер	Публикация дополнительного тезиса	
бесплатно	бесплатно	300 руб.	

Контакты:

ПО ВОПРОСАМ УЧАСТИЯ В НАУЧНОЙ ПРОГРАММЕ

Телефоны оргкомитета
+7 (495) 438-27-05, 438-25-00,
438-33-10, 438-23-88, 438-75-83

Неонатология:

Дегтярев Дмитрий Николаевич
d_degtyarev@oparina4.ru
Ионов Олег Вадимович
o_ionov@oparina4.ru

Анестезиология:

Пырегов Алексей Викторович
a_pyregov@oparina4.ru

По вопросам участия в конкурсе молодых ученых:

Зубков Виктор Васильевич
v_zubkov@oparina4.ru

По вопросам регистрации участников и получения тезисов:

Сизова Мария
reg@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 111)
моб.: +7 (929) 646-51-66

По вопросам бронирования гостиниц:

Лазарева Елена
hotel@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 119)
моб.: +7 (926) 095-29-02

По вопросам участия в выставке:

Князева Анастасия
Менеджер проекта
knyazeva@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 112)
моб.: +7 (926) 611-23-94

Гудзь Екатерина

Менеджер по работе с клиентами
E-mail: ekaterina@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 118)
моб.: +7 (926) 912-91-28

Вагинальные инфекции, воспалительные заболевания органов малого таза, цервикальная интраэпителиальная неоплазия: что лечить в первую очередь

В рамках симпозиума были представлены актуальные алгоритмы ведения пациенток с вагинальными инфекциями, воспалительными заболеваниями органов малого таза и цервикальной интраэпителиальной неоплазией. Отмечалось, что препаратом выбора для эмпирического лечения бактериального вагинита, вульвовагинита и вагинита, вызванного смешанной инфекцией, может быть оригинальный отечественный препарат Эльжина.



Профессор, д.м.н.
Е.Ф. Кира

В последние десятилетия не ослабевает интерес научного медицинского сообщества к изучению микробиоценоза как сложной ассоциации микроорганизмов, находящихся в постоянной взаимосвязи с макроорганизмом. Внедрение постгеномных технологий дало возможность приблизиться к пониманию человеческой микробиоты, которая содержит в десятки раз больше клеток, чем количество клеток всего тела, и в 100 раз больше генов, чем человеческий геном. Заведующий кафедрой женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенство-

Полиморфизм вагинальной микробиоты и ее нарушения. Роль комбинированных препаратов в лечении инфекций

вания врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор Евгений Федорович КИРА начал выступление с краткого экскурса в историю вопроса. Один из постулатов, выдвинутых в конце XIX – начале XX в. выдающимся немецким микробиологом Робертом Кохом, формулировался как «один микроб – одна болезнь». Именно с такой позиции на протяжении долгих лет изучались инфекции, названные в начале XX в. специфическими (гонорея, трихомоноз и др.). Однако уже во второй половине XX в. выдающийся американский ученый Герман Гарднер, открывший в 1955 г. микроорганизм, названный в его честь *Gardnerella vaginalis*, показал, что этиологическим фактором инфекций может быть не один микроб, а совокупность различных микроорганизмов. Такие инфекции он назвал неспецифическими. Исследования последних десятилетий подтверждают, что урогенитальные инфекции почти всегда полимикробны.

По данным, которые привел профессор Е.Ф. Кира, к наиболее частым вагинальным инфекциям у женщин репродуктивного возраста относятся бактериальный вагиноз (15–50% в общей популяции и 10–40% у беременных), вульвовагинальный кандидоз (16–30 и 30–40% соответственно), трихомонадный вагинит (5–25 и 3–5% соответственно), а также смешанный вагинит (до 30% в общей популяции)¹. Это означает, что из 25 млн россиянок в возрасте 18–55 лет 12 млн активных работающих женщин страдают бактериальным вагинозом, еще 10 млн – кандидозным вульвовагинитом, трихомонадным, смешанным и другими вагинитами. Именно они составляют основную потенциальную когорту пациенток с неспецифическими инфекциями. Микробиота влагалища – эволюционно сформированная и примерно постоянная для здоровых женщин одного возраста совокупность микроорганизмов, обитающих во влагалище в нормальных физиологических условиях.

¹ Кира Е.Ф. Комбинированная терапия инфекционных заболеваний женских половых органов // Гинекология. 2010. Т. 12. № 1. С. 26–29.

К основным преимуществам оригинального комбинированного препарата для лечения вагинальных инфекций Эльжина относятся мощная комбинация, широкий спектр противoinфекционного покрытия, безопасность и хорошая переносимость, экономически выгодное лечение, прогнозируемая высокая эффективность, основанная на доказательствах, и устойчивая репутация

В состав микрофлоры влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста входит большое количество протективных видов *Lactobacillus* spp., продуцирующих перекись водорода, и других видов лактобактерий, а также большое количество условно патогенных микроорганизмов, способных вызвать инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов.

Как уже было сказано, причиной инфекционных заболеваний половых путей редко становится одиночный микроорганизм, гораздо чаще приходится иметь дело с полимикробными ассоциациями. Неудивительно, что, определяя тактику терапии при ведении пациенток с вагинальными инфекциями, российские врачи отдают предпочтение комбинированным лекарственным средствам с антибактериальным, анаэробным, противopротозойным и противогрибковым эффектом, быстро устраняющим симптомы

и минимально воздействующим на нормальную вагинальную микрофлору. Такие препараты полностью отвечают задачам лечения в современных условиях амбулаторного приема, предоставляя возможность назначать лечение пациентке в день обращения.

Среди многообразия комбинированных лекарственных средств отечественный препарат Эльжина – оригинальный комбинированный препарат нового поколения для лечения вагинальных инфекций. В его состав входят орнидазол 500 мг, неомицин 65 000 ЕД, эконазол 100 мг и преднизолон 3 мг. Орнидазол имеет широкий спектр антимикробного действия, включая *Gardnerella vaginalis* и большое количество облигатных анаэробов. В отличие от метронидазола он не вызывает побочных эффектов и совместим с алкоголем. Неомицин активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов

и отличается низким риском резистентности. Эконазол оказывает противогрибковое действие с доказанной эффективностью. Преднизолон в микродозе моментально устраняет дискомфорт, снимает воспаление, ускоряет наступление лечебного эффекта. Кроме того, орнидазол обладает преимуществами в виде большой доказательной базы, а эконазол – в виде принадлежности к современной противогрибковой группе по сравнению с входящими в состав комбинированного препарата Тержинан тернидазолом (имеет слабую доказательную базу) и нистатином (относится к устаревшим полиеновым антибиотикам с дозозависимым влиянием на грибы). Можно сказать, что препарат Эльжина с самым современным составом в классе комбинированных препаратов для вагинального применения пришел на смену старому поколению лидеров рынка.

Завершая выступление, профессор Е.Ф. Кира акцентировал внимание на основных преимуществах отечественного препарата Эльжина:

- мощная комбинация;
- широкий спектр противoinфекционного покрытия;
- безопасность и хорошая переносимость;
- экономически выгодное лечение;
- прогнозируемая высокая эффективность, основанная на доказательствах;
- устойчивая репутация.

гинекология

Взаимосвязь биопленок, первично-хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и хронического эндометрита: роль местных препаратов

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний. По словам главного врача ИНВИВОКлиник, к.м.н. Юлии Анатольевны ФИЛЯЕВОЙ, основные диагностические критерии острых ВЗОМТ, на которые необ-

ходимо обращать внимание при обследовании, – болезненность при пальпации в нижних отделах живота и области придатков, болезненные тракции шейки матки. К дополнительным диагностическим критериям относятся высокая температура, лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов или уровня С-реактивного



К.м.н. Ю.А. Филяева

белка, патологические выделения из влагалища или шейки матки, лабораторное подтверждение цервикальной или вагинальной инфекции.

Хронические ВЗОМТ могут быть результатом острых воспалений (вторично-хронический подтип). В таком случае хронизация воспалительного процесса происходит в результате наслоения новых воспалений (реинфекции) на фоне незавершенного репаративного процесса после перенесенной острой стадии заболевания. Первично-хронические ВЗОМТ развиваются вследствие иммунной несостоятельности: в очаге инфекции сохраняется персистенция возбудителя, а клинически наблюдается вялое течение, часто с отсутствием явных симптомов воспалительного процесса.

Ю.А. Филяева перечислила несколько особенностей иммуннопатологии женских половых органов и течения инфекционно-воспалительного процесса. Среди них – преобладание противовоспалительного ответа, важная роль механизмов врожденного иммунитета, циклическое влияние половых стероидов. Необходимо также отметить полимикробные ассоциации с различной антибактериальной чувствительностью, участие облигатной условно патогенной, факультативной флоры и наличие микробных биопленок. Микробные биопленки, состоящие из условно патогенных микроорганизмов, способны к агрессивному существованию и перемещению во внутренние половые органы, например из ануса во влагалище, из влагалища в матку и маточные трубы. По оценкам, биопленки в маточных трубах при лапароскопии с большой частотой выявляются у женщин с бактериальным вагинозом. Биопленочный бактериальный вагиноз приравнивается к урогенитальной инфекции. Как отличить биопленочный бактериальный вагиноз от транзитного в отсутствие утвержденных диагно-

стических критериев? По мнению Ю.А. Филяевой, длительно рецидивирующий, не поддающийся многократному лечению бактериальный вагиноз дает основание заподозрить биопленочную форму и предусматривает назначение терапии и пациентке, и ее партнеру.

Значимое место в структуре ВЗОМТ принадлежит хроническому эндометриту. Это может быть или вторично-хронический эндометрит как исход острого ВЗОМТ, или первично-хронический эндометрит без острого ВЗОМТ в анамнезе. В подавляющем большинстве случаев наблюдается первичный хронический эндометрит, который развивается непосредственно в эндометрии за счет внедрения патогенных штаммов микроорганизмов, передающихся половым путем, или размножения условно патогенной микрофлоры в эндометрии после внутриматочных и диагностических манипуляций.

Чаще всего хронический эндометрит, широко распространенный у женщин с бесплодием, рассматривается в рамках репродуктивной медицины. В гинекологии нарушение менструального цикла, аномальные маточные кровотечения в рамках современной системы классификации PALM-COEIN также могут быть ассоциированы с эндометриальными факторами. Причиной эндометриальных аномальных маточных кровотечений могут быть нарушение рецепции, ангиогенез, метаболизм гормонов на уровне эндометрия

и воспалительные реакции, связанные с инфекциями.

Хронический эндометрит можно заподозрить у женщины с привычным невынашиванием беременности, бесплодием, неудачами ЭКО, нарушениями менструального цикла с хронической болью и вагинальными выделениями или белями. При этом следует проводить дифференциальную диагностику, поскольку диагноз хронического эндометрита ставится при исключении всех других заболеваний.

К клиническим критериям хронического эндометрита относятся нарушение менструальной функции и хроническая тазовая боль, к ультразвуковым – толщина и качество эндометрия. Гистоскопические критерии неспецифичны. Морфологических критериев мало, но они важны для постановки диагноза. Это наличие плазматических клеток, лимфоидных инфильтратов в первую фазу, фиброза тромба и склероза артерий. Золотой стандарт диагностики – иммуногистохимическое исследование эндометрия. Определение маркера CD138 считается достаточным для подтверждения диагноза хронического эндометрита. Диагностический алгоритм при подозрении на хронический эндометрит и аномальные маточные кровотечения таков: сначала проводится гистологическое исследование аспирационного материала из матки в первую и вторую фазы цикла, после чего предварительный диагноз «хронический эндометрит» подтверждается

Эльжина – оригинальный комбинированный препарат нового поколения для лечения вагинальных инфекций. Входящие в его состав такие активные компоненты, как орнидазол, неомицин, преднизолон, эконазол позволяют ему оказывать антибактериальное, противопрозоидное, противогрибковое, противовоспалительное и противозудное действие

Сателлитный симпозиум компании «Вертекс»

в ходе иммуногистохимического исследования.

Ю.А. Филиева подчеркнула необходимость комплексного, этиологически и патогенетически обоснованного лечения хронического эндометрита. Так, терапия подразумевает назначение антимикробных препаратов, анаэробных средств и/или противовирусных препаратов для повреждающего эндометрий микробного фактора и/или снижения активности вирусной инвазии. При выявле-

нии нарушений биоценоза влагалища показана сопутствующая терапия препаратами широкого спектра действия с доказанной эффективностью. Именно таким препаратом является Эльжина – оригинальный комбинированный препарат нового поколения для лечения вагинальных инфекций. Входящая в состав препарата Эльжина в качестве активных компонентов орнидазол, неомицин, преднизолон, эконазол позволяют ему оказывать

антибактериальное, противопротозойное, противогрибковое, противовоспалительное и противозудное действие. Уникальный состав и широкий спектр действия обеспечивают преимущества препарату Эльжина по сравнению с традиционными комбинированными лекарственными средствами и позволяют рассматривать в качестве препарата выбора для эмпирической терапии вагинальных инфекций и воспалительных заболеваний органов малого таза.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия и вагинальные инфекции: рациональный менеджмент

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (Cervical Intraepithelial Neoplasia – CIN), вагинальные инфекции и их сочетание – частые проблемы рутинной гинекологической практики, которые требуют рационального менеджмента, эффективного, простого и экономически выгодного. В качестве примера рационального менеджмента профессор кафедры акушерства и гинекологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Галина Николаевна МИНКИНА привела пример из клинической практики.

Пациентка К., 20 лет. Пять месяцев назад получила сексуальный опыт с новым половым партнером. Обратилась с жалобами на выделения и жжение. Результат ПАП-теста – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение легкой степени (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion), или CIN1. Результат теста на вирус папилломы человека (ВПЧ) – обнаружен онкогенный тип 16. Другие инфекции, передаваемые половым путем, отсутствуют. Результат кольпоскопии: ободок цилиндрического эпителия вокруг наружного зева без очевидного поражения. В зоне трансформации белесоватый эпителий больше похож на незрелую метаплазию.

Какова должна быть рациональная тактика ведения пациентки К.? Эффективность иммунотерапии при ВПЧ-инфекции, несмотря на то что она нередко используется российскими гинекологами, не подтверждена с позиции доказательной медицины. К тому же у 90% молодых женщин папилломавирусная инфекция носит транзитный характер, легкие морфологические изменения исчезают вместе с регрессией ВПЧ. В данном случае ввиду отсутствия очевидного поражения нет необходимости в выполнении биопсии. Целесообразным будет проведение повторного ВПЧ+ПАП-тестирования через 6–12 месяцев. Сейчас важно устранить причину вагинальной инфекции, быстро купировать симптомы (зуд, жжение, выделения), провести профилактику грибковой суперинфекции при максимально удобном режиме терапии. Задачам лечения полностью отвечает отечественный оригинальный препарат Эльжина с четырьмя активными компонентами. К несомненным достоинствам препарата следует отнести и удобную схему его применения (одна вагинальная таблетка в день), отсутствие перерыва в лечении во время менструаций и гарантированный результат. Все это способствует высокой приверженности к терапии и успеху ле-



Профессор, д.м.н.
Г.Н. Минкина

чения, что и было подтверждено результатом ПЦР-диагностики вагинального отделяемого у пациентки К. Необходимо отметить, что проведенная с помощью препарата Эльжина санация была необходима не только для устранения причин инфекции и купирования симптомов, но и для осуществления выжидательного менеджмента CIN, который возможен только в условиях нормального биоценоза влагалища.

Роль ВПЧ в этиологии рака шейки матки установлена и не вызывает сомнения. Хотя папилломавирусная инфекция часто встречается у сексуально активных женщин, у большинства из них в течение первых трех лет может произойти спонтанная элиминация вируса и регресс цитологических изменений. При персистирующей ВПЧ-инфекции от момента инфицирования до развития рака шейки матки проходит 15–20 лет. Почему

у одних женщин ВПЧ-инфекция прогрессирует до рака, а у других происходит элиминация вируса? По мнению профессора Г.Н. Минкиной, одна из причин – разный иммунный ответ организма. Определить клинический исход папилломавирусной инфекции помогают цервикальный и вагинальный факторы.

Ассоциация между бактериальным вагинозом и цервикальной интраэпителиальной неоплазией рассматривалась в исследовательских работах на протяжении длительного времени, но окончательно была доказана в 2012 г. на основании крупного систематического обзора и метаанализа². Дальнейшие исследования подтвердили тот факт, что увеличивающееся многообразие вагинальной микробиоты в сочетании с уменьшенным количеством *Lactobacillus* spp. вовлечены в приобретение ВПЧ, персистенцию и развитие предрака и рака.

Предполагаются различные механизмы ассоциации бактериального вагиноза и CIN. М.М. Hudson и соавт. (1997) отмечали, что при бактериальном вагинозе во влагалище повышенный вагинальный pH задерживает сквамозную метаплазию на постпубертатной шейке и пролонгирует тот период, когда зона трансформации особенно чувствительна к ВПЧ³. N. Pavić (1984) считал, что бактериальные полиамины вместе с нитритами образуют канцерогенные нитрозамины, которые индуцируют мутагенные события и приводят к трансформации эпителия⁴. А.М. Briselden и соавт. (1992) выдвинули гипотезу о том, что при

К несомненным достоинствам препарата Эльжина с четырьмя активными компонентами следует отнести удобную схему применения (одна вагинальная таблетка в день), отсутствие перерыва в лечении во время менструаций и гарантированный результат. Все это обеспечивает высокую приверженность к терапии и ее успешность

бактериальном вагинозе во влагалище повышено содержание энзима сиалидазы, что нарушает целостность слизистого барьера, покрывающего цервикальный эпителий, и вирус получает доступ к ростковой зоне эпителия⁵. ВПЧ может инфицировать только незрелые делящиеся клетки, то есть при бактериальном вагинозе шейка матки становится более чувствительной к ВПЧ-инфекции. Согласно гипотезе G. Bauer (2001), H₂O₂-продуцирующие лактобациллы, пероксидаза, хлорноватистая кислота создают не только сбалансированную бактерицидную вагинальную среду, но и представляют натуральную противоопухолевую систему⁶. Если на стенках влагалища и шейке матки появляются трансформированные клетки, то запускается цепь химических реакций, генерируются высокореактивные гидроксильные радикалы и с помощью селективного апоптоза трансформированные клетки уничтожаются. В отсутствие пероксидпродуцирующих лактобацилл, например при бактериальном вагинозе, этот механизм нарушается. В свете вышеизложенного можно сделать вывод о промотирующей роли дисбиоза в развитии цер-

викального рака. Следовательно, нормализация микробиоценоза влагалища – важный этап в менеджменте CIN.

Профессор Г.Н. Минкина представила еще один клинический случай. Пациентка Р., 31 год. Обратилась с жалобами на выделения из влагалища и жжение. ПАП-тест показал плоскоклеточное интраэпителиальное поражение тяжелой степени (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion), или CIN2, воспаление. Обнаружен 31-й тип ВПЧ, впервые диагностированный четыре года назад (то есть речь идет о персистирующей ВПЧ-инфекции). Инфекции, передаваемые половым путем, отсутствуют. Результаты кольпоскопии: слизистые гиперемированы, эктропион шейки матки, участки уксусно-белого эпителия, похожие на неоплазию. Тактика лечения в данном случае подразумевает санацию с дальнейшей петлевой электрохирургической эксцизией (Loop Electrosurgical Excision Procedure – LEEP). Каким образом лучше провести санацию при CIN-2 и персистирующей ВПЧ-инфекции? Нерациональный менеджмент профессор Г.Н. Минкина проиллюстрировала на примере работы,

² Gillet E., Meys J.F., Verstraelen H. et al. Association between bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis // PLoS One. 2012. Vol. 7. № 10. ID e45201.

³ Hudson M.M., Tidy J.A., McCulloch T.A., Rogstad K.E. When is bacterial vaginosis not bacterial vaginosis? A case of cervical carcinoma presenting as recurrent vaginal anaerobic infection // Genitourin. Med. 1997. Vol. 73. № 4. P. 306–307.

⁴ Pavić N. Is there a local production of nitrosamines by the vaginal microflora in anaerobic vaginosis/trichomoniasis? // Med. Hypotheses. 1984. Vol. 15. № 4. P. 433–436.

⁵ Briselden A.M., Moncla B.J., Stevens C.E., Hillier S.L. Sialidases (neuraminidases) in bacterial vaginosis and bacterial vaginosis-associated microflora // J. Clin. Microbiol. 1992. Vol. 30. № 3. P. 663–666.

⁶ Bauer G. Lactobacilli-mediated control of vaginal cancer through specific reactive oxygen species interaction // Med. Hypotheses. 2001. Vol. 57. № 2. P. 252–257.



Эльжина®

НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- ✓ Эльжина® – уникальная* комбинация активных веществ: эконазола, неомицина, орнидазола и преднизолона
- ✓ Эльжина® – препарат для местного применения в гинекологии с антибактериальным, противогрибковым и противовоспалительным действием
- ✓ Эльжина® – вагинальные таблетки для лечения бактериальных вагинитов, вульвовагинитов, вызванных грибами рода *Candida*, и вагинитов, вызванных смешанной инфекцией



Производитель: АО «ВЕРТЕКС», 199106, Россия, Санкт-Петербург, В.О., 24-я линия, д. 27А.
Горячая линия: 8-800-2000-305 (звонок по России бесплатный).
Информация о рецептурном лекарственном препарате для специалистов здравоохранения.

* По данным ГРЛС, является единственным зарегистрированным лекарственным средством с комбинацией неомицин + орнидазол + эконазол + преднизолон.


посвященной дифференцированной тактике ведения пациенток с эктропионом шейки матки в сочетании с цервицитом и аномальной кольпоскопической картиной⁷. Автор предложил комплексное лечение в два последовательных этапа: подготовка к хирургическому вмешательству и ведение послеоперационного периода. Первый этап начинается на третий день менструального цикла с курса иммуностимулирующей терапии препаратом Пирогенал внутримышечно по схеме с увеличением дозы до достижения пирогенного эффекта – повышения температуры до 38 °С. С момента повышения температуры назначается комбинированная терапия и препарат Галавит в форме ректальных свечей. Хирургическое вмешательство на шейке матки, включая ЛЕЕР-биопсию, следует выполнять на второй день после завершения очередной менструации. На втором этапе комплексного лечения на третьи, пятые и седьмые сутки после биопсии шейка матки обрабатывается препаратом Галавит в виде тампона, смоченного в растворе, в течение пяти часов. По мнению докладчика, такой менеджмент, включающий и санацию, и ведение послеоперационного периода, нельзя признать рациональным. Более простой и эффективный вариант был использован для лечения пациентки Р. Ей провели санирование путем местной терапии комбинированным препаратом Эльжина, после чего выполнили ЛЕЕР-биопсию. К моменту отторжения струпа, примерно через три недели после эксцизии, пациентке был назначен пробиотик. Результаты ПАП-мазка через три месяца от начала лечения продемонстрировали полную элиминацию вируса и отсутствие ВПЧ-инфекции. Профессор Г.Н. Минкина представила еще один клинический случай нерационального ведения пациентки при первичном обращении за специализированной помощью.

Пациентка Ш., 52 года, пять лет находится в постменопаузе. Обратилась в клинику по месту жительства с жалобами на бели, вагинальный дискомфорт. Результаты ПАП-теста: CIN1, онкогенные типы ВПЧ отсутствуют. В данном случае пациентка нуждается в разумной терапии, адекватной ее возрасту, и через некоторое время – в повторном ПАП-тестировании. Однако ей проводят сургитрон-биопсию, обнаруживают койлоцитоз – признак доброкачественной ВПЧ-инфекции. Пациентку направляют к иммунологу для лечения койлоцитоза с помощью различных препаратов, в том числе вагинальных инъекций витаминов для иммуностимуляции. Рекомендация обследовать и пролечить мужа заставила пациентку обратиться за консультацией в другую клинику. Проведенная там кольпоскопия установила от-

сутствие поражения, результаты анализов – усиленную пролиферацию некоторых облигатных анаэробов, умеренную пролиферацию факультативных анаэробных микроорганизмов и дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. Количество лактобактерий было несколько ниже, чем у женщин репродуктивного возраста в норме, но в целом соответствовало уровню для постменопаузального периода. С целью эффективной эрадикации патогенных микроорганизмов и купирования выраженных симптомов пациентке Ш. была назначена терапия препаратом Эльжина с дальнейшим применением Триожиналя. Проведенное через три месяца исследование ПАП-мазка показало отсутствие у пациентки ВПЧ-инфекции, а также нормализацию эпителия шейки матки (Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy).

Заключение

По мнению докладчиков, препаратом выбора для эмпирического лечения бактериального вагиноза, трихомоноза, аэробного вагинита, вульвовагинального кандидоза, зуда, воспаления, смешанных инфекций может быть оригинальный отечественный препарат Эльжина. Препарат отличается наиболее современным составом в классе комбинированных препаратов для вагинального применения. Эльжина содержит четыре активных компонента: орнидазол, неомицин, эконазол и преднизолон. Орнидазол эффективно воздействует на анаэробную флору, в том числе на возбудителей бактериального вагиноза. Аминогликозид неомицин эффективен в отношении аэробной флоры. Эконазол – современный антимикотик с доказанной эффективностью. Преднизолон в низкой дозе

быстро купирует неприятные симптомы и снижает местную реакцию на азолы. Таким образом, Эльжина оказывает противовоспалительное, противозудное, фунгицидное, противопаразитарное, противогрибковое местное и противомикробное широкого спектра действие. Препарат способствует улучшению качества жизни за счет моментального облегчения зуда, жжения, воспаления. К несомненным достоинствам препарата следует отнести и удобную лекарственную форму (вагинальная таблетка в сухой форме, предотвращающей вытекание), применение раз в сутки (шесть – девять таблеток на курс), а также отсутствие перерыва в лечении во время менструаций. Такая схема приема способствует приверженности пациенток к лечению и достижению эффективного результата. 

⁷ Михеева Ю.В. Дифференцированная тактика ведения пациенток с эктропионом шейки матки: дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2017.



4-й Международный Форум АнтиКоагулянтной и антиагрегантной Терапии (ФАКТplus2019)

ФАКТ PLUS МОСКВА

21–23 марта 2019 года, Москва, отель «Золотое кольцо»
www.anticoagulants.ru



КОНГРЕСС "OPEN ISSUES IN THROMBOSIS AND HEMOSTASIS"

COITH 18

4-6 ОКТЯБРЯ 2018
Санкт-Петербург, Россия

IX Всероссийская конференция по клинической гемостазиологии и гемореологии

Дорогие друзья и коллеги!

Мы рады пригласить Вас к участию в объединенном конгрессе «Congress on Open Issues in Thrombosis and Hemostasis» совместно с IX Всероссийской конференцией по клинической гемостазиологии и гемореологии, которая пройдет в Санкт-Петербурге с 4 по 6 октября 2018 года.

Конференция по клинической гемостазиологии стала замечательной традицией отечественной медицины. Особенностью нашего мероприятия является его мультидисциплинарность, позволяющая объединить исследователей, клиницистов, фармакологов, специалистов по лабораторной медицине, жизнь и работа которых связана с изучением системы гемостаза.

Это мероприятие – совместный проект двух команд – российской и международной, чья совместная работа даст возможность подготовить уникальную научную программу на основе лекций, презентаций и обсуждений. Главная цель нашей работы – способствовать развитию новых форм сотрудничества в дружественной атмосфере и непринужденной обстановке.

Программа конференции охватит широкий круг вопросов тромботических и геморрагических осложнений, трансфузионной тактики, антитромботической и гемостатической терапии на основании современных представлений и последних достижений клинической и фармакологической науки.

Не пропустите возможность увидеться с друзьями и коллегами в прекрасном городе Санкт-Петербурге – городе, полном истории, мистики, литературных героев и современных событий, прекрасном и величественном! Ждем Вас!



**Вавилова
Татьяна Владимировна**
д.м.н., профессор, председатель
9-ой Всероссийской конференции
по клинической гемостазиологии
и гемореологии

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ

- Тромбоз и гемостаз при раке
- Тромбоз и гемостаз у женщин
- Тромбоз и гемостаз в педиатрии
- Тромбоз и гемостаз при трансплантации органов и стволовых клеток
- Тромбоз и гемостаз у пациентов с коморбидностью
- Тромбоз и гемостаз в неврологии
- Тромбоциты и их мониторинг
- Артериальные тромбозы
- Венозные тромбоэмболические осложнения
- Тромбогеморрагические синдромы
- Геморрагические заболевания, кровотечения и Patient Blood Management
- Фибринолиз, протеолиз и микрочастицы
- Клиническая гемореология и микроциркуляция

CONGRESS ON OPEN ISSUES IN THROMBOSIS & HEMOSTASIS

Зарубежные спикеры конгресса

P.Mannucci	M.Levi	P.Prandoni	P.Verhamme	C.van Ommen
D.Varon	F.Rodeghiero	M.Colucci	C.Becattini	P.Coppo
G.Kenet	S.Coccheri	R.Lijnen	J.-F.Brun	A.Lubetsky
B.Brenner	L.Badimon	U.Nowak-Gottl	N.Antonova	E.Lev
F.Rosendaal	T.Padro	C.Patrono	U.Windberger	R.Ljung

Одобрено

ISTH[™]
International Society on Thrombosis and Haemostasis

Под эгидой

**EMLTD**
European and Mediterranean League against Thromboembolic Diseases

Под эгидой

**EFLM**
European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM)

При поддержке

**Society for Fibrinolysis & Proteolysis**
International Society for Fibrinolysis and Proteolysis



Международная инициатива
«Open Issues in Thrombosis and Hemostasis»



Организатор

National Association of experts on thromboses, clinical hemostasiology and hemorheology

www.coith2018.com

4–5 октября 2018 г.
Москва



ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Промышленная
медицина:
вопросы
профилактики,
диагностики,
лечения и
реабилитации

DISCOVERYMED

XIII междисциплинарная
научно-практическая конференция
**«Актуальные вопросы
урологии и гинекологии»**
с симпозиумом «Проблемные вопросы
бесплодного брака»



5 декабря 2018 г. с 9.00 до 17.30

Место проведения: Санкт-Петербург,
отель Санкт-Петербург, Пироговская наб., д.5/2

В рамках конференции пройдут практикумы амбулаторного уролога «Особенности ведения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы», «Профилактика и метафилактика мочекаменной болезни» и гинеколога «Современные подходы к гормональной контрацепции».

!!! Оргкомитет конференции:

ООО «ДискавериМед»,
Издательский Дом «Терра Медика»
тел./ф. (812) 274-08-62, 327-76-22
e-mail: expo@terramedica.spb.ru
www.discoverymed.ru





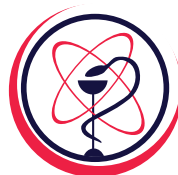
ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

Москва / 23–28 сентября / 2018

- Конгресс Российской ассоциации терапевтических радиационных онкологов (РАТРО)
- Школа ESTRO (EUROPEAN SOCIETY FOR RADIOTHERAPY & ONCOLOGY)
- III Международные чтения памяти А.Ф. Цыбы «Современные технологии в ядерной медицине: диагностика и лечение»
- Конгресс по раку молочной железы
- Конгресс по онкоортопедии
- Конгресс по торакоабдоминальной онкохирургии
- Конгресс по эндоваскулярной хирургии
- Конгресс «Вопросы патоморфологии»
- Конгресс организаторов здравоохранения в онкологии
- VII Всероссийский конгресс «Фотодинамическая терапия и фотодиагностика»
- Конгресс по эндоскопической хирургии
- Конгресс по нейроонкологии
- Конгресс «Сестринское дело»

Реклама

Организаторы



Технический организатор



По вопросам участия обращайтесь: Юлия Пешкова, тел. +7 (495) 646-01-55, доб. 146

www.forum-forlife.ru



Плюс

451 мкг Метафолина®¹

каждый день

ДЖЕС® Плюс: ДЖЕС® для Новой Жизни

ДЖЕС® Плюс – это хорошо известный препарат ДЖЕС® плюс важный женский витамин В₉ (Метафолин®¹):

- лечение умеренной формы акне²
- лечение тяжелой формы предменструального синдрома²
- рекомендованная для женщин репродуктивного возраста суточная доза фолатов³

ПЕРВЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ, КОТОРЫЙ ПОМОГАЕТ ПРЕДОТВРАТИТЬ НЕЖЕЛАННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ СЕЙЧАС И ЗАБОТИТСЯ О БУДУЩИХ ДЕТЯХ^{*,2}

Джес®Плюс. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. Каждая активная комбинированная таблетка содержит в качестве действующего вещества дроспиренон (микроинформированный) 3,000 мг; этинилэстрадиол бетадекс клатрат (микроинформированный) в пересчете на этинилэстрадиол 0,020 мг; кальция левомефолат [Метафолин®] (микроинформированный) 0,451 мг. Каждая вспомогательная витаминная таблетка содержит кальция левомефолат [Метафолин®] (микроинформированный) 0,451 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Контрацепция, предназначенная, в первую очередь, для женщин с симптомами гормонозависимой задержки жидкости в организме; контрацепция и лечение угревой сыпи (acne vulgaris) средней степени тяжести; контрацепция у женщин с дефицитом фолатов; контрацепция и лечение тяжелой формы предменструального синдрома (ПМС). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Тромбоз (венозный и артериальный) и тромбоэмболия (в том числе тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, инсульт), цереброваскулярные нарушения – в настоящее время или в анамнезе; состояния, предшествующие тромбозу (в том числе транзиторные ишемические атаки, стенокардия) в настоящее время или в анамнезе; выявленная приобретенная или наследственная предрасположенность к венозному или артериальному тромбозу, включая резистентность к активированному протеину С, дефицит антитромбина III, дефицит протеина С, дефицит протеина S, гипергомоцистеинемия, антитела к фосфолипидам (антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт); наличие высокого риска венозного или артериального тромбоза; мигрень с очаговыми неврологическими симптомами в настоящее время или в анамнезе; панкреатит с выраженной гипертриглицеридемией в настоящее время или в анамнезе; сахарный

диабет с сосудистыми осложнениями; печеночная недостаточность, тяжелые острые или тяжелые хронические заболевания печени (до нормализации печеночных проб); совместное применение с противовирусными препаратами прямого действия (ПППД), содержащими омбитаксвир, паритапревир, дасабувир или комбинацию этих веществ; тяжелая и/или острая почечная недостаточность; опухоли печени (доброкачественные или злокачественные) в настоящее время или в анамнезе; выявленные гормонозависимые злокачественные новообразования (в том числе половых органов или молочной железы) или подозрение на них; кровотечения из влагалища неясного генеза; беременность или подозрение на нее; период грудного вскармливания; повышенная чувствительность или непереносимость дроспиренона, этинилэстрадиола, кальция левомефолата или любого из вспомогательных веществ препарата Джес®Плюс. Препарат Джес®Плюс содержит лактозу, поэтому противопоказан пациенткам с редкой наследственной непереносимостью лактозы, дефицитом лактазы или глюкозо-галактозной мальабсорбцией. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** Факторы риска развития тромбоза и тромбоэмболии: курение, ожирение, дислипидемия, контролируемая артериальная гипертензия, мигрень без очаговой неврологической симптоматики, несложные пороки клапанов сердца, наследственная предрасположенность к тромбозу (тромбозы, инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения в возрасте менее 50 лет у кого-либо из ближайших родственников); другие заболевания, при которых могут отмечаться нарушения периферического кровообращения: сахарный диабет без сосудистых осложнений, системная красная волчанка, гемолитико-уремический синдром, болезнь Крона и язвенный колит, серповидно-клеточная анемия, флебит поверхностных вен;

наследственный ангионевротический отек; гипертриглицеридемия; заболевания печени легкой и средней степени тяжести в анамнезе при нормальных показателях функциональных проб печени; заболевания, впервые возникшие или усугубившиеся во время беременности или на фоне предыдущего приема половых гормонов (например, желтуха и/или зуд, связанные с холестазом, холелитиаз, отосклероз с ухудшением слуха, порфирия, герпес во время беременности, хорея Сиденгама); послеродовый период. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:** Таблетки следует принимать внутрь по порядку, указанному на упаковке, каждый день в одно и то же время, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Принимают по 1 таблетке в день непрерывно в течение 28 дней. Прием таблеток из следующей упаковки начинается сразу после завершения приема таблеток из предыдущей упаковки. Подробная информация о способе применения, включая информацию о действиях в случае пропуска дозы, содержится в полной версии инструкции по медицинскому применению. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Наиболее распространенные побочные реакции, о которых сообщалось в связи с применением препарата Джес®, следующие: тошнота, боль в молочных железах, нерегулярные (ациклические) маточные кровотечения, кровотечения, кровотечения из половых путей неутраченного генеза. Также часто отмечались перепады настроения, головная боль, болезненность молочных желез, отсутствие менструальноподобного кровотечения. Регистрационный номер: ЛП-001189, актуальная версия инструкции от 23.01.2018. **Юридическое лицо, на имя которого выдано регистрационное удостоверение:** Байер АГ, Германия. **Производитель:** Байер Веймар ГмбХ и Ко. КГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

*Фолаты снижают риск рождения детей с дефектом нервной трубки³.

1. Левомефолат кальция (Метафолин®) зарегистрирован и поставляется компанией Merck&Cie, Швейцария. Метафолин® – зарегистрированная торговая марка Merck KGaA, Германия. 2. Инструкция по применению лекарственного препарата Джес® Плюс от 23.01.2018 г. (При правильном применении препарата индекс Перля составляет <1). 3. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. // Ann Intern Med. 2009; 150(9): 626–31.

АО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: +7 (495) 231 1200, факс: +7 (495) 231 1202. www.pharma.bayer.ru

L.RU.MKT.12.2017.0602
Реклама

