

# Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в акушерстве и гинекологии

**№ 5**  
декабрь 2008

Лечение и профилактика  
бактериального вагиноза

Комплексная терапия гестоза  
и плацентарной недостаточности

Антимикробная терапия  
мочевых путей при беременности

**Тема номера: ПРОФИЛАКТИКА  
ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

# Меткий удар по циститу



 **Zambon**

Представительство АО «Замбон СП.А.» (Италия):

Россия, 121002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17

Тел.: (495) 933-38-30/32. Факс: (495) 933-38-31



# III Международный конгресс по репродуктивной медицине

**19 - 22 января**

Москва, ул. Акад. Опарина, 4

**Научный центр акушерства, гинекологии и  
перинатологии им. В.И.Кулакова**

2009



## Организаторы

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Московский Государственный медико-стоматологический университет, кафедра репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Общество по репродуктивной медицине и хирургии

Российская ассоциация эндометриоза

**М+Э МЕДИ Экспо**



Тел.: +7 (495) 938 9211

Факс: +7 (495) 938 2458

e-mail: [expo@mediexpo.ru](mailto:expo@mediexpo.ru)

[www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

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



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

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

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

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

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

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

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

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

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

### **Основные рубрики журнала**

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

### **СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ**

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

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

### **Специализированное распространение:**

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

### **ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:**

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

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



# ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в акушерстве и гинекологии

## Редакция журнала:

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

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

выпускающий редактор **В. Павлова**

выпускающий редактор **Ю. Гиляревская**

ответственный секретарь **Л. Богословская**  
(e-mail: editor@webmed.ru)

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**

менеджер по рекламе **З. Аникина**

менеджер по организации конференций **А. Зайцева**

## Редакционный совет:

**Н.В. Башмакова** (Екатеринбург)

**В.О. Бицадзе** (Москва)

**А.И. Гаспаров** (Москва)

**А.Л. Гриндич** (Московская область)

**А.Д. Макацария** (Москва)

**Л.И. Мальцева** (Казань)

**Л.Е. Мурашко** (Москва)

**В.И. Орлов** (Ростов-на-Дону)

**Т.Ю. Пестрикова** (Хабаровск)

**Н.М. Подзолкова** (Москва)

**В.Н. Прилепская** (Москва)

**В.Е. Радзинский** (Москва)

**Г. М. Савельева** (Москва)

**В.П. Сметник** (Москва)

**Г.В. Тамазян** (Московская область)

**А.Л. Тихомиров** (Москва)

## Контактная информация:

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

Тираж 17 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается  
только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

№ 106-77051/от 08.09.2005 г.

№ 5 декабрь 2008

## СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

### здравоохранение сегодня

Сергей Синичкин: «Высокотехнологичная помощь доступна всем пациенткам»  
*Интервью с главным экспертом по акушерству и гинекологии  
Минздрава Астраханской области* **6**

### тема номера: профилактика осложнений беременности

**А.Д. Макацария, Е.Б. Передеряева, Т.Б. Пшеничникова**  
Особенности применения натурального прогестерона в профилактике  
осложнений беременности у женщин с метаболическим синдромом **10**

### лекции для врачей

**В.Е. Радзинский, Т.В. Галина, Е.В. Карпова, Е.В. Радзинская,  
И.П. Князева, И.А. Чакчурина**  
Использование Актовегина в комплексной терапии гестоза и плацентарной  
недостаточности **16**

### форум (конференции, выставки, семинары)

Здоровье женщины: взгляд специалистов **20**

Предупреждение рака путем вакцинации: миф или реальность? **26**

Бактериальный вагиноз: новые возможности лечения и профилактики **34**

Междисциплинарные аспекты репродуктивного здоровья **40**

Современные взгляды на антимикробную терапию  
мочевых путей при беременности **46**

### опыт регионов

В России создается сеть перинатальных центров **50**

## Боль и рецидив яичниковой эндометриомы после лапароскопического лечения эндометриоза

**В** Италии провели исследование с целью идентификации прогностических факторов возникновения боли и рецидива эндометриомы после лапароскопического удаления эндометриомы яичника. Исследователи получили данные о том, что хирургическое вмешательство по поводу эндометриоза в анамнезе, применение препаратов для стимуляции овуляции и наличие спаечного процесса являются прогностически неблагоприятными признаками возобновления болевого синдрома и рецидива эндометриомы. Последующая беременность после лечения эндометриомы снижала частоту рецидивов болевого синдрома и эндометриомы.

Целью исследования являлась идентификация прогностических факторов возникновения боли и рецидива эндометриомы после лапароскопического удаления эндометриомы яичника. Было проведено проспективное обсервационное исследование. В исследование последовательно были включены 166 женщин с одно или двусторонней эндометриомой яичников. Всем пациенткам было проведено лапароскопическое вмешательство с целью

лечения эндометриоза. После оперативного вмешательства на протяжении 3 лет каждые 3 месяца отслеживались факты наличия у пациенток боли или рецидива эндометриомы. Дисменорея, диспареуния и наличие хронической тазовой боли были отмечены у 14,5%, 6%, и 5,4% женщин, соответственно. Неблагоприятными факторами, свидетельствующими о высокой вероятности появления боли, явились предшествующее хирургическое вмешательство по поводу эндометриоза, наличие спаечного процесса и использование препаратов для стимуляции овуляции. Рецидив яичниковой эндометриомы возник у 9,6% женщин, причем факторами, позволяющими спрогнозировать рецидив эндометриомы, явились также хирургическое вмешательство по поводу эндометриоза в анамнезе, применение препаратов для стимуляции овуляции и наличие спаечного процесса. Последующая беременность после лечения эндометриомы оказывала благоприятный эффект в плане рецидивов болевого синдрома и эндометриомы.

Источник: [medinform.net](http://medinform.net)

## Параметры тела, курение и спонтанная дизиготная двойня

**В** Нидерландах провели ретроспективное исследование, в котором выявили, что в сравнении с матерями монозиготных близнецов в группе дизиготных двоен была выявлена связь с более высоким ростом матерей, большим показателем индекса массы тела и наличие курения.

Целью исследования явилось выявление различий в особенностях телосложения и наличии факта курения у матерей со спонтанными моно- и дизиготными двойнями, принимая во внимание материнский возраст, паритет и уровень образования. Ретроспективно исследовали когорту матерей с двойнями. В сравнении с матерями монозиготных близнецов в группе дизиготных двоен была выявлена связь с более высоким ростом матерей, большим показателем индекса массы тела и наличие курения. Материнский возраст и паритет, по данным исследователей, тоже могут оказывать какое-то влияние, что следует изучать дополнительно. Но уровень образования никак не влиял на разницу в двух группах.

Источник: [medinews.ru](http://medinews.ru)

## Ученые разработали тест, который может определить начало преждевременных родов

**В**ысокий уровень лактата во влагалищной жидкости напрямую связан с началом схваток в течение 48 часов, утверждают шведские ученые. Эксперты считают, что тест позволит заранее запланировать процедуру родов.

Тест, названный Lac-test, был испытан и оценен 86 женщинами на сроке беременности от 20 до 36 недель. При преждевременном разрыве околоплодной оболочки существует большой риск для нормального течения родов, так как могут не начаться вовремя схватки.

В ходе испытания теста выяснилось, что среди 23 женщин с высоким уровнем лактата у 87% в течение 48 часов начались схватки, а среди женщин с низким уровнем - всего у 5% за тот же период времени. Специалисты полагают, что Lac-test будет широко использоваться в пренатальной медицине и снизит риск родовых травм.

Источник: [medinews.ru](http://medinews.ru)

## Полиморфизм гена аполипопротеина E связан с возрастом естественной менопаузы

**П**о данным исследователей из Китая, генетические вариации гена аполипопротеина E способны влиять на показатель возраста естественной менопаузы. В исследование вошли 253 случайным образом отобранные белокожие женщины при подтвержденной естественной менопаузе. Проводились всесторонние статистические исследования с особым акцентом на связи гена аполипопротеина E и некоторых экологических факторов с возрастом наступления естественной менопаузы. По результатам исследования употребление

алкоголя явилось важным фактором предсказания более ранней менопаузы. Один вариант генетической модификации явно был связан с изменением возраста естественной менопаузы. Другие варианты модификации не привели к модификации возраста естественной менопаузы. Таким образом, определенные генетические вариации гена аполипопротеина E способны влиять на показатель возраста естественной менопаузы.

Источник: [medinews.ru](http://medinews.ru)

## Найдена возможность регулировать развитие легких у плода

**Б**ританские ученые нашли потенциальную возможность стимуляции развития легких у младенцев еще в утробе матери, сообщает BBC.

Эксперименты на мышах показали, что молекула, известная как рецептор кальция, играет ведущую роль в развитии легких у плода. Медицинские препараты, предназначенные для рецептора, уже находятся в продаже и доступны всем желающим, сообщили исследователи. Результаты исследовательской работы позволяют предположить, что можно будет использовать эти препараты в случае возникновения риска преждевременных родов.

Если удастся подтвердить результаты эксперимента о том, что медицинские препараты могут смоделировать действие рецептора кальция в легких, это можно будет использовать для развития легких у недоношенных детей, утверждает

профессор Paul Kemp из университета Кардиффа. Этапы развития легких у плода происходят на поздних стадиях беременности, таким образом, младенцы, родившиеся преждевременно, часто страдают заболеваниями легких.

Результаты последнего исследования показали, что рецептор кальция способствует росту легких у плода. Специалисты были в состоянии регулировать рост легких у мышей, прерывая функцию рецептора. Ученые планируют проведение подобного исследования на людях, у которых есть мутации в рецепторе кальция, способствующие его длительному «включению» или «выключению». Эксперты возлагают большие надежды на методику воздействия на развитие легких у недоношенных детей.

Источник: [medinform.net](http://medinform.net)

## Новые возможности лапароскопии

**В**рачи в США сообщили о трех случаях извлечения лапароскопическим путем инфицированной сетки, использованной при проведении операции сакроколюмпексии.

Кольпосакропексия с использованием специальной сетки является операцией выбора при выраженном генитальном пролапсе и дает хорошие результаты и низкую частоту интра- и постоперационных осложнений. Инфекционный процесс в используемой при оперативном вмешательстве сетке – редкое, но все же встречающееся осложнение, требующее удаления сетки, что до настоящего времени проводилось только лапаротомным или трансвагинальным путем.

Источник: [solvay-pharma.ru](http://solvay-pharma.ru)

## Введение вакцины против ВПЧ 16 и 18 типов вызывает полноценный иммунный ответ

**У**ченые выяснили, что нехватка нормального сна мешает возможности матери заботиться о своем младенце, усугубляет признаки стресса и снижает концентрацию внимания. Поскольку малыши часто перенимают у своих мам циркадные ритмы сна, нестабильный режим ночного отдыха может отрицательно повлиять и на детское здоровье. Исследование было опубликовано в *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. С недостатком сна сталкиваются почти все женщины после родов – в этот период происходит резкое колебание уровней гормонов эстрогена и прогестерона в женском организме. При появлении нового члена семьи, как правило, в течение первых шести недель матери просыпаются раньше обычного и их дневные обязанности увеличиваются на 20%. По этой причине женщины в первые месяцы после родов могут позволить себе только 81% необходимого сна. Нейромедиаторы, влияющие на продолжительность сна, также имеют власть изменять наше настроение, в результате чего лишенные здорового сна матери подвержены особому риску депрессии. Эти условия взаимосвязаны, так как матерям с депрессией труднее заснуть ночью, и они спят меньшее количество часов, а чем хуже становится качество их сна, тем более выражена депрессия, отмечают врачи.

Источник: Центр репродуктивной медицины

## Уровни половых гормонов могут быть связаны с субклиническим атеросклерозом у женщин в постменопаузе

**Г**руппа ученых США проанализировала уровни половых гормонов у 1947 женщин в постменопаузе в возрасте 45-84 лет, принявших участие в исследовании «Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis».

Общий и биодоступный тестостерон положительно ассоциировались с толщиной интима-медиа общих сонных артерий (cIMT), измеренной с помощью ультразвука, независимо от потенциально смешивающих факторов.

Уровни глобулина, связывающего половые гормоны (SHBG), отрицательно коррелировались с толщиной интима-медиа общих сонных артерий, после стандартизации по возрасту и индексу массы тела.

Однако, исследователи отмечают, что данная ассоциация не сохранялась после

учета уровней холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, предположительно вовлеченных в связь между SHBG и толщиной интима-медиа сонных артерий.

Эстрадиол и дегидроэпиандростерон не ассоциировались с толщиной интима-медиа общих сонных артерий, и половые гормоны не ассоциировались со степенью кальцификации коронарных артерий, оцененной с помощью компьютерных томограмм грудной клетки.

Однако среди женщин с оцененной кальцификацией коронарных артерий повышение SHBG и понижение уровней биодоступного тестостерона ассоциировались с более выраженной кальцификацией коронарных сосудов.

Источник: [solvay-pharma.ru](http://solvay-pharma.ru)

# Сергей Синчихин: «Высокотехнологичная



## **Сергей Петрович, какие новые методы лечения гинекологических заболеваний применяются в Астраханской области?**

Во всех государственных учреждениях, оказывающих гинекологическую помощь, проводятся ультразвуковое исследование, кольпоскопия и гистероскопия. В области работает семь лапароскопических стоек, где освоены и выполняются эндоскопические операции. Широкое использование эндоскопических методов диагностики и лечения позволяет значительно снизить число послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными методами, а также сократить сроки пребывания в стационаре и экономию лекарственных средств. Кроме того, в гинекологических отделениях крупных многопрофильных больниц Астрахани и двух центральных районных больницах (в Ахтубинске и Камызяке) осваиваются и все чаще используются новые операции по укреплению мышц тазового дна и влагалищные экстирпации матки. В стационарах области выполняется в основном весь объем медицинской помощи гинекологическим больным, за исключением пла-

Сотрудники кафедры акушерства и гинекологии Астраханской государственной медицинской академии вместе с практическими врачами городской клинической больницы № 3 г. Астрахани разработали уникальный метод лечения шеечной беременности. По результатам работы был получен патент на изобретение, а на VIII международном Салоне инноваций и инвестиций в Москве авторы разработанного способа лечения были награждены золотой медалью.

С одним из авторов указанной разработки, главным внештатным экспертом по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Астраханской области, д.м.н., профессором кафедры акушерства и гинекологии Астраханской государственной медицинской академии Сергеем Петровичем Синчихиным беседовала региональный корреспондент нашего журнала Ангелина Девятова.

стических операций при аномалиях половых органов (аплазия влагалища, урогенитальные свищи и др.).

## **Почему все-таки группа ученых, которая работала над теперь уже запатентованным изобретением, настаивала на использовании консервативного метода лечения шейки матки?**

Дело в том, что новый способ лечения шеечной беременности позволяет, в отличие от ранее предлагавшихся, не проводить гистерэктомию, а сохранить шейку и тело матки, т.е. сохранить органы детородной функции. После того как на изобретение мы получили патент, в специализированных журналах были опубликованы его описание и результаты лечения. Сейчас предложенный способ используют и в других клиниках нашей страны, в том числе и в ведущих медицинских учреждениях Москвы.

## **Расскажите, как в целом организована помощь гинекологическим больным в Астраханской области?**

Организация акушерско-гинекологической помощи в Астраханской области проводится в соответствии с ведущими нормативными документами и приказами Министерства здравоохранения и социального развития России, а также

государственной концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России.

Женское население Астраханской области составляет 52,1% (РФ – 53,2%), среди них женщин репродуктивного возраста – 45,7% или 23,8% от всего населения области (по РФ – 50,4% и 26,3% соответственно).

В области развернуто 522 акушерские и 665 гинекологических коек, обеспеченность которыми составляет соответственно 2,1 и 1,2 (РФ – 2,2 и 1,1). Продолжается реструктуризация акушерско-гинекологического коечного фонда. Во всех районах области открыты койки дневного пребывания для лечения и реабилитации беременных женщин, гинекологических больных. В результате проведения реструктуризации значительно улучшилась работа акушерской койки, выросла ее занятость с 279,1 в 2001 г. до 285 в 2007 г. (РФ – 212), при сокращении среднего пребывания на койке соответственно с 9,6 в 2001 до 8,4 в 2007 году (РФ – 9,0). Вместе с тем имеются значительные резервы в повышении эффективности их работы, продолжается процесс приведения уровня коечного фонда к заболеваемости и возможным объемам оказания медицинской помощи. При хорошей обеспеченности коечным фондом в области проведена



# ПОМОЩЬ ДОСТУПНА ВСЕМ ПАЦИЕНТКАМ»

централизация акушерских коек на базе центральных районных больниц (ЦРБ), там где это было возможным, учитывая отдаленность и наличие паромных переправ. В настоящее время в 54,5% районов области вся стационарная акушерско-гинекологическая помощь централизована на базе ЦРБ, в участковых и районных больницах имеется только 4,5% родильных коек, что направлено на предупреждение материнской смертности в участковых больницах. В ЦРБ с центром в селе развернуто 18,2%, с центром в городе – 21,0%, в Астрахани – 56,3% акушерских коек.

На основании этого в области внедрена этапность в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Все родовспомогательные стационары разделены на три уровня оказания акушерской помощи в зависимости от тяжести акушерской и перинатальной патологии:

- 1 уровень – для беременных с низким риском развития акушерской и перинатальной патологии (таковых беременных 20,7%);
- 2 уровень – для беременных со средней степенью риска (23,0%);
- 3 уровень – для беременных с высокой степенью риска (56,3%).

Помощь наиболее тяжелому контингенту беременных и новорожденных детей оказываются в клиническом родильном доме Астрахани, детской городской клинической больнице для новорожденных, а также в областном перинатальном центре, который входит в состав многопрофильной больницы. В ближайшие годы планируется построить городской перинатальный центр.

В родильных домах и отделениях организовано на 100% совместное пребывание в палатах матери и новорожденного, что позволило внедрить преимущественно грудное вскармливание новорожденных, польза которого общеизвестна.

Оказание экстренной гинекологической помощи в Астрахани осуществляется круглосуточно в городской клинической больнице № 3 и гинекологическом отделении областной кли-

нической больницы, плановой, кроме указанных стационаров, в гинекологическом отделении городской больницы № 5. Кроме этого, в нашем городе существуют ведомственные больницы, в которых получают гинекологическую медицинскую помощь сотрудники газовой промышленности, железнодорожного и водного транспорта.

## **Скажите, пожалуйста, какая имеется динамика распространения гинекологических заболеваний. Как часто встречаются соматические заболевания у беременных?**

В нашем регионе, как и во многих других регионах России, имеется определенная тенденция к росту показателей гинекологической заболеваемости, особенно это касается воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструальной функции, эндометриоза, бесплодия. Ряд исследователей увеличение числа воспалительных заболеваний репродуктивной системы связывают с сексуальной либерализацией отношений в обществе и недостаточными знаниями населения по вопросам безопасного секса, рост частоты нарушений менструальной функции – с информационно-психологическим стрессом пациенток и социально-экономическими трудностями. Применение современного оборудования позволяет лучше диагностировать очаги эндометриоза, нетрансмиссионные заболевания половой сферы, аутоиммунные и генетические причины бесплодия в браке. Серьезное беспокойство вызывает высокая (74,7%) распространенность экстрагенитальной патологии среди беременных женщин. Железодефицитная анемия встречается у 45,6% беременных, заболевания мочеполовой и сердечно-сосудистой систем у 14,4% и у 7,7% соответственно. На этом фоне отмечается снижение числа нормальных родов с 31,6% в 2000 г. до 25,6% в 2007 г.

Вместе с тем следует понимать, что состояние здоровья населения во многом зависит от совокупности факторов – экономических, биологических, экологических, нравственных и про-

чих. Медицинские работники не могут в полной мере устранить негативное влияние разрушительных факторов на состояние здоровья населения. Снижение акушерско-гинекологической заболеваемости может быть обеспечено путем укрепления материально-технической базы лечебных учреждений, их приоритетного финансирования, оснащения медицинским оборудованием и лекарственными средствами, совершенствования подготовки и повышения квалификации кадров, обеспечения доступности высококвалифицированной помощи в лечебно-профилактических учреждениях, а также повышением культурного образования и материального благополучия населения, улучшением экологической обстановки, проведением пропаганды здорового образа жизни. Кроме того, медицинские работники должны со всей ответственностью подходить к вопросам диспансеризации населения, проведения санитарно-просветительной работы.

## **Охрана здоровья девочки и подростка, как будущей матери, приобретает значимость первостепенных задач национальной политики государства. Скажите, какое внимание уделяется развитию детской гинекологии в Астраханской области?**

Мы хорошо понимаем, что состояние здоровья, в том числе и репродуктивного, современных девочек является фактором, который определит воспроизводство населения и демографическую ситуацию в недалеком будущем. Поэтому развитию службы детской и подростковой гинекологии в нашем регионе уделяется особое внимание. В составе всех детских поликлиник и центральных районных больниц организованы кабинеты детских гинекологов. В областной детской клинической больнице развернуты койки для стационарного лечения девочек с гинекологической патологией. На базе центров планирования семьи проводятся семинары по подготовке молодежных активистов (волонтеров). Подготовленные педагоги, врачи беседуют в доброжелательной

обстановке с молодежными лидерами по вопросам репродуктивного здоровья, сексуального поведения, здорового образа жизни. В последующем подростки, свободно общаясь с лидерами-волонтерами, получают от них правильную информацию по вопросам контрацепции, трансмиссионных заболеваний, безопасному сексу, необходимости регулярного посещения гинеколога и др. Благодаря совместным усилиям руководителей регионального министерства здравоохранения, практических врачей и молодежных волонтеров у нас в регионе в отличие от многих других регионов нашей страны в последние годы отмечается уменьшение числа беременностей и родов у несовершеннолетних.

**Недавно столкнулась с такой статистикой, что в России за последние 10 лет противников искусственного прерывания беременности в России стало на 12% больше, а сторонников – на 15% меньше. И все же по числу аборт Россия по-прежнему занимает лидирующие позиции. Какова обстановка в нашем регионе?**

В Астраханской области отмечается стойкая тенденция к снижению числа аборт. Это стало результатом планомерной работы, проводимой органами и учреждениями здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья женщин. Показатель искусственных абортов по области ниже, чем в целом по России и составляет 31,3 на 1000 женщин фертильного возраста (в РФ – 47,7). В медицинских учреждениях частной и государственной собственности все чаще стал проводиться медикаментозный способ завершения нежеланной беременности, как альтернативы хирургического аборта. Проведение фармакологического аборта и контрацептивной постабортной реабилитации позволяет значительно сократить число постабортных осложнений и сохранить детородную функцию женщины.

**Как часто в нашей области встречается онкопатология женских половых органов?**

Проблема онкологических заболеваний у женщин заслуживает особого внимания. К сожалению, показатели злокачественных заболеваний женской половой сферы в расчете на 100 тыс. женского населения у нас в

области высокие. Так, рак шейки матки составляет 16,5 (по РФ – 15,9), тела матки – 13,7 (по РФ – 20,0), яичников – 11,7 (по РФ – 15,4).

Одним из резервов в снижении онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин является проведение профилактических осмотров. К сожалению, сокращение производства на крупных промышленных предприятиях (трикотажный комбинат, швейное объединение, рыбокомбинат и др.), использующих в основном женский труд, привело к ликвидации поликлиник при них, свертывания цеховой службы.

Тем не менее вопросы диспансеризации населения всегда находятся в центре внимания руководителей управления здравоохранения. Врачам женских консультаций указывается на проведение активной работы по профилактическому осмотру женского населения по месту проживания (территориальному признаку).

**Сегодня в городе и области открывается множество гинекологических кабинетов. Можно ли доверять специалистам, которые там работают?**

Частные гинекологические кабинеты создают хорошую здоровую конкуренцию амбулаторно-поликлиническому звену акушерско-гинекологической помощи женскому населению по вопросам культуры обслуживания, комфорта пребывания и др. У нас в области гинекологические кабинеты в основном оказывают консультативную помощь и проводят физиотерапевтические процедуры. Высокотехнологическая помощь проводится только в государственных медицинских учреждениях. Учредители частных центров заинтересованы в стабильной и экономически выгодной работе, поэтому приглашают на работу, в том числе и по совместительству, как правило, авторитетных и высокопрофессиональных сотрудников кафедр и практических врачей.

**Есть ли в регионе центры, которые в целом занимаются женским здоровьем?**

В области работает шесть центров планирования семьи: два в областном центре, другие в таких районных центрах, как Ахтубинск, Лиман, Нариманово, Камызяк, Икряное. В этих центрах любая женщина и в любом возрасте

может получить консультативную помощь. Вместе с тем основное назначение этих центров – оказание помощи по вопросу бесплодия в браке. Кроме акушеров-гинекологов в них работают андрологи, генетики, иммунологи, врачи функциональной диагностики. В городском центре планирования семьи вот уже в течение 10 лет проводится экстракорпоральное оплодотворение. Руководители регионального министерства здравоохранения имеют планы создания подобных центров и в других отдаленных от областного центра районах области.

**Существует ли в здравоохранении Астраханской области проблема с кадрами?**

Медицинские кадры и сеть лечебных учреждений области, оказывающих специализированную акушерско-гинекологическую помощь, позволяют обеспечить необходимую доступность для женщин как жительниц городской, так и сельской местности.

В области высокая обеспеченность женского населения врачами акушерами-гинекологами – 5,2 (в РФ – 5,1). Существенно возросла аттестованность специалистов службы охраны материнства, так 78% врачей имеют квалификационную категорию (РФ – 56,8%): высшую – 17,8%, первую – 35%, вторую – 19,2%. В родовспомогательных стационарах Астрахани, ряда районов области имеются дежурные бригады, в состав которых входят врачи: акушер-гинеколог, неонатолог, анестезиолог-реаниматолог, это позволяет оказывать специализированную акушерско-гинекологическую и педиатрическую помощь круглосуточно. Таким образом, 70,4% акушерских коек области обеспечены круглосуточной врачебной помощью, в том числе 100% в Астрахани и 46,6% в районах области.

Подготовка и переподготовка кадров осуществляется в основном на кафедрах акушерства и гинекологии Астраханской государственной медицинской академии, которой в 2008 г. исполнилось 90 лет.

Кроме этого, заведующие отделениями, районные акушеры-гинекологи, многие практические врачи принимают активное участие в работе научно-практических конференциях как в нашем городе, так и в других городах нашей страны: Москве, Санкт-Петербурге, Волгограде, Казани и др.



# КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА 2009 ГОД

ГМУ УД Президента РФ, Романов пер., д.2

- 21 января** *Современные возможности диагностики и лечения бронхолёгочных заболеваний*  
Руководитель: профессор **В.Е. Ноников**, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГУ ЦКБП УД Президента РФ
- 1 февраля** *Неврология*  
Руководитель: профессор **В.И. Шмырев**, главный невролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 28 февраля** *Профилактика рака шейки матки: скрининг и вакцинация*  
Руководитель: профессор **В.Н. Прилепская**, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе ГУ НЦАГиП РАМН
- 11 марта** *Онкология*  
Руководитель: академик РАН и РАМН **М.И. Давыдов**, президент РАМН, главный онколог ГМУ УДП РФ, директор Центра онкологии им.Блохина
- 25 марта** *Болезни уха, горла, носа*  
Руководители: профессор **А.С. Лопатин**, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова; член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор **Г.З. Пискунов**, заведующий курсом оториноларингологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 18 апреля** *Аллергология*  
Руководитель: профессор **Л.А. Горячкина**, главный аллерголог ГМУ УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии РМАПО Росздрава
- 13 мая** *Флебология. Школа*  
Руководитель: профессор **В.Ю. Богачев**, Исполнительный директор Ассоциации флебологов
- 27 мая** *Кардиология. Школа*  
Руководители: профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ; профессор **Д.А. Затейщиков**, кафедра кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 3 июня** *Современные проблемы эндокринологии*  
Руководители: профессор **В.П. Сметник**, руководитель отделения эндокринологической гинекологии ГУ НЦАГиП РАМН; профессор **В.Н. Прилепская**, заместитель директора по научной работе ГУ НЦАГиП РАМН, профессор **А.М. Мкртумян**, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ
- 17 июня** *Химиотерапия*  
Руководитель: профессор **В.Е. Ноников**, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГУ ЦКБП УД Президента РФ
- 23 сентября** *Гастроэнтерология*  
Руководитель: профессор **О.Н. Минушкин**, главный гастроэнтеролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой гастроэнтерологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 7 октября** *Урология*  
Руководитель: профессор **С.П. Даренков**, главный уролог ГМУ УД Президента РФ, заместитель директора ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий
- 21 октября** *Офтальмология*  
Руководитель: профессор **С.Э. Аветисов**, главный специалист по офтальмологии ГМУ УД Президента РФ, директор НИИ глазных болезней РАМН
- 11 ноября** *Эндокринология*  
Руководитель: профессор **А.М. Мкртумян**, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ
- 25 ноября** *Дерматология*  
Руководитель: профессор **О.Л. Иванов**, главный дерматовенеролог ГМУ УД Президента РФ
- 9 декабря** *Хирургия. Анестезиология. Реаниматология.*  
Руководитель: профессор **Е.И. Брехов**, заместитель главного хирурга ГМУ УДП РФ, заведующий кафедрой хирургии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 23 декабря** *Кардиология. Школа*  
Руководитель: профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ; профессор **Д.А. Затейщиков**, кафедра кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

А.Д. МАКАЦАРИЯ,  
Е.Б. ПЕРЕДЕРЯЕВА,  
Т.Б. ПШЕНИЧНИКОВА  
ММА им. И.М. Сеченова

# Особенности применения натурального прогестерона в профилактике осложнений беременности у женщин с метаболическим синдромом

*Метаболический синдром (МС) – одна из наиболее спорных проблем в современной медицине и является состоянием высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, тромбозов, тромбоэмболий.*

*Проблема ожирения и метаболического синдрома встает перед акушерами-гинекологами при ведении женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде.*

**М**етаболический синдром рассматривается как одна из важнейших основ множества патологических состояний, осложняющих течение беременности, родов, послеродового периода, а также оказывающих влияние на соматическое и репродуктивное здоровье женщины. Компонентами МС являются: висцеральное (абдоминальное) ожирение, инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия (ГИ), нарушение толерантности к глюкозе или инсулиннезависимый сахарный диабет (СД 2 типа), артериальная гипертензия, дислипидемия, нарушения гемостаза, гиперурикемия, микроальбуминурия. В настоящее

время в данный симптомокомплекс также включают гиперлептеинемия, лептинорезистентность, гипертрофию миокарда, повышение уровня свободных жирных кислот в крови, синдром апноэ во сне, активизацию симпатической нервной системы, эндотелиальную дисфункцию, оксидативный стресс, провоспалительный статус, протромботический статус (повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение активности ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1)), гиперандрогению у женщин, синдром поликистозных яичников (СПКЯ).

В апреле 2005 г. Международная федерация по диабету определила единые критерии диагностики МС: обязательный критерий – центральный тип ожирения (окружность талии более 94 см у мужчин и более 80 см – у женщин европеоидной расы) плюс минимум 2 из 4 критериев (уровень ТГ 1,7 ммоль/л или выше либо специфическое лечение дислипидемии; уровень ЛПВП ниже 1,03 ммоль/л у мужчин и ниже 1,29 ммоль/л – у женщин либо специфическое лечение; артериальное дав-

ление выше 130/85 мм рт. ст. либо антигипертензивная терапия; уровень глюкозы натощак 5,6 ммоль/л или выше либо ранее выявленный СД 2 типа).

Проблема избыточной массы тела и МС весьма актуальна в плане прогноза течения беременности, родов и послеродового периода.

Выявлены основные метаболические и гормональные нарушения, сопровождающие наличие андрогенного ожирения и приводящие к нарушениям репродуктивной функции.

Гормональные нарушения, сопутствующие висцерально-абдоминальному ожирению:

- повышение кортизола;
- повышение тестостерона и андростендиона у женщин;
- снижение прогестерона;
- снижение соматотропного гормона;
- повышение инсулина;
- повышение норадреналина.

Таким образом, ожирение – это сложное нейроэндокринное и метаболическое заболевание, которое влечет за собой большое число расстройств в репродуктивной системе, осложненный беременности, которые включают бесплодие, повышение АД во время беременности, АГ, преэклампсию, гестационный сахарный диабет, переносимую беременность, а также повышение частоты фетальной макросомии, врожденных уродств плода, родовой травмы новорожденного, материнского травматизма в родах. Врожденные уродства, связанные с ожирением, включают в себя де-

**Утрожестан – препарат полностью идентичный натуральному прогестерону. Одной из главных особенностей Утрожестана является его естественный метаболизм, абсолютно идентичный метаболизму эндогенного (яичникового) прогестерона, что предопределено его химической формулой, которая не отличается от таковой эндогенного прогестерона. Все метаболиты Утрожестана идентичны метаболитам эндогенного прогестерона.**

фекты нервной трубки, дефекты брюшной стенки, пороки развития крупных сосудов.

Осложнения в родах и послеродовом периоде включают: нарушения родовой деятельности, дистоцию плечиков плода, кровотечения в родах и послеродовом периоде, преждевременное или запоздалое излитие околоплодных вод, высокую частоту оперативных вмешательств, индукцию родов.

Таким образом, пациентки с ожирением и МС относятся к группе риска по возникновению самых различных осложнений в течение периода гестации.

Следует отметить, что патогенез большинства осложнений беременности связан с нарушением процессов имплантации, инвазии трофобласта в децидуальную оболочку, плацентации. Процессы имплантации, инвазии трофобласта и дальнейшее функционирование плаценты представляются многоступенчатым процессом эндотелиально-гемостазиологических взаимодействий, который нарушается при тромботической тенденции и в случае генетических дефектов свертывания.

По нашим данным, в патогенезе синдром потери плода (СПП) у женщин с МС нередко лежит сочетание форм тромбофилии (генетической, приобретенной) с другими факторами, такими, как, эндокринный фактор.

Важнейшим гормоном беременности является прогестерон. Основной орган-мишень для этого гормона – матка, где эффекты прогестерона направлены на поддержание децидуальной оболочки, кроме того, прогестерон выступает в качестве мощного релаксанта гладкомышечных элементов миометрия, кровеносных сосудов и других органов, обеспечивая их адаптацию к беременности.

Также установлено, что в процессе подготовки к имплантации под влиянием прогестерона в эндометрии происходит повышение содержания ингибитора активации плазминогена типа 1 ((PAI-1), тканевого фактора (TF) и снижение уров-

ня активатора плазмина тканевого и урокиназного типов, металлопротеаз матрикса и вазоконстриктора – эндотелина 1. Это физиологическая регуляция гемостаза, фибринолиза, экстрацеллюлярного матрикса и сосудистого тонуса направлена на предотвращение образования геморрагий при дальнейшей инвазии трофобласта. Со своей стороны, бластоциста синтезирует активаторы плазминогена тканевого и урокиназного типов и протеазы, которые необходимы для разрушения экстрацеллюлярного матрикса в процессе имплантации. Их синтез, в свою очередь, регулируется хорионическим гонадотропином.

Помимо этого, при нормальном содержании прогестерона происходит взаимодействие с киллерингибирующими рецепторами через прогестерон-индуцирующий блокирующий фактор (PIBF), что приводит к активации иммунного ответа матери через систему Т-хелперов II типа (Th II). Т-хелперы II типа продуцируют регуляторные цитокины: интерлейкины (ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-10). Регуляторное действие ИЛ-3 в период имплантации определяет пролиферативную активность цитотрофобласта и фибринолитические процессы в эндометрии (за счет активации урокиназы, превращающей плазминоген в плазмин). В экспериментах на мышах показано, что урокиназный активатор плазминогена играет важную роль в процессах инвазии трофобласта и перестройки эпителия матки, а также в поддержании равновесия между фибриногеном и фибринолизом в децидуальной ткани. Таким образом, прогестерон посредством Th II и ИЛ-3 влияет также на локальные механизмы гемостаза в эндометрии. PIBF стимулирует защиту эндометрия от отторжения эмбриона. При низком содержании прогестерона вырабатывается мало PIBF и происходит активация натуральных киллеров. Клетки трофобласта не резистентны к лизису активированными НК-клетками. Иммунный ответ матери на трофобласт сдвигается в сторону более активного ответа через

Т-хелперы 1 типа (Th I), которые продуцируют провоспалительные цитокины: ФНО $\alpha$ , ИЛ-1, 2, 6, 12, 18. Т-хелперы 1 типа способны активировать прямую протромбиназу, что способствует тромбозу сосудов плаценты.

Как было сказано выше, при висцерально-абдоминальном ожирении, характерном для МС, имеют место гормональные нарушения: гиперандрогения, дефицит прогестерона.

Утрожестан – единственный в настоящее время препарат натурального прогестерона (после инъекционной формы масляного раствора прогестерона), который получают из растительного сырья диоженина (экстрагируется из мексиканского растения дикий Ямс). Микроиницированная форма обеспечивает максимальную биодоступность как при пероральном, так и интравагинальном применении.

Таким образом, дефицит прогестерона у женщин с ожирением и МС может приводить к нарушению процессов инвазии трофобласта, имплантации, а следовательно, и синдрому потери плода.

Дефицит прогестерона важно корректировать с использованием наиболее безопасного препарата, учитывая уже имеющиеся нарушения. В случае выявления у женщин с МС дефицита прогестерона, а также неполноценности лютеиновой фазы (НЛФ) по тестам функциональной диагностики, мы рекомендуем назначать препарат натурального прогестерона Утрожестан у женщин с МС.

Утрожестан – единственный в настоящее время препарат натурального прогестерона (после инъекционной формы масляного раствора прогестерона), который получают из растительного сырья диоженина (экстрагируется из мексиканского растения дикий Ямс). Микроиницированная форма обеспечивает максимальную биодоступность как при



пероральном, так и интравагинальном применении.

Утрожестан – препарат полностью идентичный натуральному прогестерону. Одной из главных особенностей Утрожестана является его естественный метаболизм, абсолютно идентичный метаболизму эндогенного (яичникового) прогестерона, что предопределено его химической формулой, которая не отличается от таковой эндогенного прогестерона. Все метаболиты Утрожестана идентичны метаболитам эндогенного прогестерона:

- все метаболиты образуются благодаря взаимодействию с 5 $\alpha$ ,5 $\beta$ -редуктазами;
- связь с 5 $\alpha$ ,5 $\beta$ -редуктазами у препарата Утрожестан возможна только благодаря точному копированию формулы натурального прогестерона;
- это взаимодействие позволяет Утрожестану полностью повторять метаболизм эндогенного прогестерона.

Ни один из синтетических аналогов не обладает этим важным свойством.

Основные метаболиты натурального прогестерона:  $\alpha$ , $\beta$ -прегнандиол,  $\alpha$ , $\beta$ -прегненолон,  $\alpha$ , $\beta$ -прегнандион, 20- $\alpha$ -дигидропрогестерон, 17-ОН-прогестерон.

Таким образом, естественные метаболиты:

- дополняют, усиливают все свойства натурального прогестерона, его прогестагенные свойства;

- каждый из них обладает определенными особенностями воздействия на организм;

- естественные метаболиты не имеют побочных эффектов.

Благодаря этому действие препарата Утрожестан физиологично для организма женщины.

Клинические эффекты Утрожестана аналогичны эндогенному прогестерону:

- прогестагенный эффект;
- антиэстрогенный эффект;
- антиальдостероновый эффект;
- антиандрогенный эффект (физиологический эффект регуляции уровня андрогенов);
- токолитический эффект;
- успокаивающий эффект;
- положительный нейротропный эффект.

Антиэстрогенное действие Утрожестана обусловлено следующими моментами:


- натуральный прогестерон осуществляет качественную физиологическую защиту эндометрия, матки, молочных желез;
- естественный метаболит 5 $\alpha$ -прегнандион препятствует митотической активности, действуя на уровне рецепторов в «органе мишени» – матке.

Только натуральный прогестерон способен осуществлять физиологическую регуляцию андрогенов, тем самым контролирует уровень мужских половых гормонов в организме женщины. При гиперандрогении

снижает активность мужских половых гормонов в организме женщины. Прогестерон способен конкурировать с тестостероном за 5 $\alpha$ -редуктазу стероидов. Этот фермент превращает тестостерон в значительно более активный андроген – 5 $\alpha$ -дигидротестостерон, а прогестерон – в 5 $\alpha$ -дигидропрогестерон (5 $\alpha$ -прегнандион). Благодаря конкурентным взаимоотношениям, прогестерон ослабляет образование активного андрогенного метаболита, т. е. проявляет антиандрогенную активность. Синтетический прогестин дигидрогестерон таким свойством не обладает. Антиандрогенный эффект прогестерона усиливается тем, что его естественный метаболит 5 $\alpha$ -прегнандион имеет сродство к рецепторам андрогенов и, конкурируя с последними в процессе рецепторного связывания, ослабляет их специфический андрогенный эффект.

Два уровня регуляции андрогенов:

- взаимодействие с ферментом 5 $\alpha$ -редуктазой (уменьшение образования самого активного метаболита дигидротестостерона);
- взаимодействие естественного метаболита 5 $\alpha$ -прегнандиона с рецепторами тестостерона в эндометрии (защитное действие метаболита на эндометрий – второй уровень регуляции).

Избыток андрогенов у беременной может неблагоприятно сказаться на течении беременности, обмене веществ. Защитное действие прогестерона в отношении андрогенов материнского организма является достаточно существенным, поскольку во время беременности активизируется образование андрогенных стероидов в коре надпочечников (наряду с кортикостероидами), и они свободно проникают к плоду через плаценту. Кроме того, повышенный уровень эндогенных андрогенов в материнском организме практически неизбежен, если у женщины имеется врожденная гиперплазия коры надпочечников, синдром поликистозных яичников, МС. 

**Утрожестан обладает эффектом физиологического контроля уровня андрогенов. Утрожестан, как и натуральный прогестерон, обладает способностью контролировать уровень андрогенов, что имеет принципиальное значение в половой дифференциации плода; не оказывает влияния на половую дифференцировку головного мозга плода, не обладает антигонадотропной активностью, не влияет на липидный профиль, артериальное давление, метаболизм углеводов; не оказывает отрицательного влияния на систему гемостаза. Благодаря умеренному антиальдостероновому эффекту не вызывает задержку жидкости в организме, не вызывает увеличение массы тела. Основные метаболиты Утрожестана неотличимы от метаболитов эндогенного прогестерона. Все эти свойства Утрожестана важны в случае применения его у женщин с ожирением и МС.**

# Утрожестан®

100 мг, 200 мг  
натуральный прогестерон для  
перорального и вагинального применения

- ✓ Полностью идентичен эндогенному прогестерону
- ✓ Является физиологическим антагонистом альдостерона, выводит избыточное количество жидкости и  $\text{Na}^+$
- ✓ Регулирует уровень андрогенов
- ✓ При приеме внутрь оказывает успокаивающий эффект
- ✓ Идеальная комбинация с эстрогенами при гормонозаместительной терапии



 **BESINS**  
HEALTHCARE  
Innovating for Well-being

ООО «Безен Хелскеа Рус»  
127557, Россия, Москва, Б. Тишинский пер., д. 38  
Тел.: (495) 772-76-71, 772-76-73

Регистрационный номер: № ЛС - 000186 от 22.04.2005

Антиальдостероновое действие Утрожестана связано с тем, что он, полностью повторяя химическую формулу прогестерона, конкурентно взаимодействует с рецепторами альдостерона. Таким образом, регулирует водно-электролитный баланс, способствует выведению жидкости и натрия. Следует отметить, что прием 200 мг Утрожестана аналогичен приему 25-50 мг спиронолактона.

Важнейший механизм токолитического действия прогестерона состоит в том, что его метаболит 5 $\alpha$ -прегнандион способен ингибировать возбуждающее действие эндогенного окситоцина на миоэпителий путем блокады окситоциновых рецепторов. Синтетические же прогестины не превращаются в 5 $\alpha$ -прегнандион. Также следует отметить, что естественные метаболиты 5 $\beta$ -прегненолон, 5 $\beta$ -прегнадион обладают свойствами усиливать токолитические эффекты натурального прогестерона.

Натуральный прогестерон обладает защитным действием на сердечно-сосудистую систему:

- конкурентное взаимодействие с рецепторами альдостерона в сосудах почек, миокарда;
- в синергизме с эстрогенами оказывает защитное влияние на эндотелий сосудов (апоптоз, клеточная адгезия);
- положительное влияние на гладкую мускулатуру и соединительную ткань артериальной стенки (эластичность сосудов);
- уменьшение активности макрофагов, снижение образования «пенистых клеток».

Положительным моментом применения Утрожестана у беременных является снижение чувства тревоги за счет анксиолитического действия нейростероидов – естественных метаболитов прогестерона, которые образуются в головном мозге.

В случае наличия беременных с МС антифосфолипидного синдрома применение Утрожестана имеет особое значение. Известно, что при наличии антифосфолипидного синдрома имеет место влияние на  $\beta$ -ХГЧ и вторичное снижение концентрации прогестерона. Характерно, что в такой ситуации введение извне ХГЧ неэффективно. Таким образом, единственно возможный путь – замещение дефицита прогестерона.


Как правило, у пациенток с МС и СПКЯ практически всегда имеет место относительная или абсолютная прогестероновая недостаточность и гиперандрогения.

Утрожестан обладает бесспорным преимуществом у беременных с МС.

Утрожестан обладает эффектом физиологического контроля уровня андрогенов. Утрожестан, как и натуральный прогестерон, обладает способностью контролировать уровень андрогенов, что имеет принципиальное значение в половой дифференциации плода; не оказывает влияния на половую дифференцировку головного мозга плода, не обладает антигонадотропной активностью, не влияет на липидный профиль, артериальное давление, метаболизм углеводов;

не оказывает отрицательного влияния на систему гемостаза. Благодаря умеренному антиальдостероновому эффекту не вызывает задержку жидкости в организме, не вызывает увеличение массы тела. Основные метаболиты Утрожестана неотличимы от метаболитов эндогенного прогестерона. Все эти свойства Утрожестана важны в случае применения его у женщин с ожирением и МС.

Утрожестан применяют в дозе 2-3 капсулы с 17 по 26 день цикла зачатия, при наступившей беременности – до 12-20 недели беременности в зависимости от показателей гормонов и клинической картины. При наличии диагностированной гиперандрогении – до 24 недели. Пациенткам с гиперандрогенией рекомендуется обязательное назначение Утрожестана с момента установления беременности или в циклах зачатия с целью купирования относительной гиперэстрогемии, обусловленной периферической конверсией андрогенов в эстрогены. При беременности наиболее широко применяется вагинальная форма (по 1 капсуле 2-3 раза в день) вследствие достаточно высокой абсорбции, первичного прохождения через эндометрий, высокой эффективности и удобства применения.

Коррекция гормонального дисбаланса у женщин с метаболическим синдромом, начатая с фертильного цикла, является одним из методов комплексной дифференцированной профилактики акушерских осложнений, включая СПП. 

## Литература

1. Беляков Н.А., Мазуров В.И. Ожирение. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003. 520 с.
2. Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С.Ю., Глухов Н.В. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника). СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. 440 с.
3. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // РМЖ, 2001; том 9, № 2: 56-62.
4. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. М.: МЕДПРАКТИКА, 2002. 127 с.
5. Дмитриев А.Н. Ожирение и метаболический синдром. Екатеринбург: УГМА, 2001. 160 с.
6. Кузин А.И., Ленгин Ю.А. Метаболический синдром: клинические и популяционные аспекты. Челябинск.: Издательство «ЗАО «Челябинская Межрайонная типография», 2001. 96 с.
7. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике. М.: Триада-Х, 2003. 904 с.
8. Манухин И.Б., Геворкян М.А. и соавт. Метаболические нарушения у женщин с синдромом поликистозных яичников // Проблемы репродукции. 1999; № 4: 7-13.
9. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: «МЕДпресс-информ», 2004, с. 139-153, 155-158, 274-275, 285-330.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: «Триада-Х», 1999. С. 718-743.
11. Naeye R.L. Maternal body weight and pregnancy outcome. // Am J Clin Nutr. 1990 Aug; 52(2): 273-9.
12. Rachel L., Sheiner E. Maternal obesity as a risk factor for complications in pregnancy, labor and pregnancy outcomes // Harefuah. 2005 Feb; 144(2): 107-11, 150.
13. Sheiner E., Levy A., Menes T.S., Silverberg D., Katz M., Mazor M. Maternal obesity as an independent risk factor for caesarean delivery // Paediatr Perinat Epidemiol. 2004 May; 18(3): 196-201.
14. Szymanska M., Suchonska B., Wielgos M., Bomba-Opou D., Marianowski L. Pregnancy and labor in obese women // Ginekol Pol. 2003 Jun; 74 (6): 446-50.
15. Valentin T.D., Sorensen J.A., Andreasen E.E. Obese pregnant women have complicated deliveries // Ugeskr Laeger. 2003 Mar 3; 165(10): 1027-30.





# XVI РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

6–10 апреля 2009 года • Москва

## ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Министерство образования и науки Российской Федерации

Российская академия наук

Российская академия медицинских наук

Российская медицинская академия последипломного образования

Общероссийский общественный фонд «Здоровье человека»

## ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Современные технологии профилактики, диагностики и лечения основных заболеваний человека. Совершенствование формулярной системы ■ Новые болезни. Диагностика и высокотехнологичная помощь ■ Сахарный диабет и его осложнения – проблема XXI века ■ Современные подходы к лечению тревожных расстройств у пациентов в общемедицинской практике ■ Новейшие технологии в охране здоровья матери и ребенка ■ Безопасность и эффективность применения лекарственных средств в педиатрии ■ Особенности терапии больных пожилого возраста ■ Восстановительное лечение в клинической практике ■ Новые научные направления исследований российских ученых в области медицины, фармации и медицинских биотехнологий ■ Фармакоэкономика и фармакоэпидемиология ■ Информационные технологии в непрерывном образовании врача XXI века

Научная программа Конгресса включает: пленарные доклады, активные лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

## ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| ■ Кардиология<br>(сердечно-сосудистая недостаточность) | ■ Гастроэнтерология  | ■ Педиатрия<br>(нервные болезни)            |
| ■ Ревматология   | ■ Гематология<br>(диагностика и лечение анемий)            | ■ Педиатрия<br>(гастроэнтерология)          |
| ■ Эндокринология                                       | ■ Гематология<br>(клиническая гемостазиология)             | ■ Педиатрия<br>(аллергология и иммунология) |
| ■ Фтизиатрия   | ■ Клиническая фармакология.<br>Организация здравоохранения |   |

## КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| ■ Кардиология        | ■ Педиатрия |
| ■ Внутренние болезни | ■ Фармация  |
| ■ Гастроэнтерология  |             |

## КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- Фармакотерапия основных заболеваний человека

В рамках Конгресса проходит *Выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий*

К Конгрессу готовится X выпуск «Федерального руководства по использованию лекарственных средств», которое получают все участники Конгресса, оплатившие регистрационный взнос

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 08	26. 12. 08
Тезисы	01. 09. 08	26. 12. 08
Конкурсные работы	01. 09. 08	19. 01. 09
Регистрационные карты	01. 09. 08	06. 03. 09
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 08	04. 03. 09

## КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04; (499) 261-22-09

Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: [mk-publish@intellin.ru](mailto:mk-publish@intellin.ru) (тезисы)

[mk-trud@intellin.ru](mailto:mk-trud@intellin.ru) (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

[mk-stend@intellin.ru](mailto:mk-stend@intellin.ru) (заявки на участие в выставке)

Сайт: <http://www.medlife.ru> (информация по Конгрессу)

Адрес для переписки: 111395, Москва, а/я № 215 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

В.Е. РАДЗИНСКИЙ,  
Т.В. ГАЛИНА,  
Е.В. КАРПОВА,  
Е.В. РАДЗИНСКАЯ,  
И.П. КНЯЗЕВА,  
И.А. ЧАКЧУРИНА  
РУДН, Москва

# Использование Актовегина в комплексной терапии гестоза и плацентарной недостаточности

*Несмотря на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, структура основных причин материнской смертности в РФ остается неизменной в течение многих лет. В тройку «лидеров» печальной статистики входит гестоз. Высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности связаны с гестозом, его осложнениями и плацентарной недостаточностью (ПН), формирующейся на фоне гестоза. Частота ПН у пациенток с гестозами составляет, по данным различных авторов, до 66,3%. С позиций современной перинатологии плацентарная недостаточность является наиболее частой причиной нарушений состояния плода во время беременности (2).*

**И** хотя до настоящего времени остается открытым вопрос о том, что первично – гестоз или ПН, хорошо известно – взаимосвязь данных процессов. При гестозах возрастают ОПСС и показатели периферической резистентности церебрального, почечного, маточно-плацентарного, плодового и внутриплацентарного

кровотока, что в свою очередь формирует неблагоприятный фон для развития ПН (9).

Доказано, что риск перинатальных потерь существенно возрастает при среднетяжелом и тяжелом гестозе при суб- и декомпенсированной ПН (9). В дальнейшем дети от матерей с гестозом и ПН составляют группу риска по формированию неврологической и соматической патологии.

## ПАТОГЕНЕЗ

Общность патогенеза гестоза и ПН, обусловленная нарушениями формирования на ранних этапах фетоплацентарной системы, приводит к значимым нарушениям компенсации состояния матери и плода (9).

Многочисленные исследования свидетельствуют о необходимости рассматривать основные патогенетические звенья гестоза и ПН с позиций эндотелиальной дисфункции (эндотелиоза) (1, 3, 4). Механизм нарушений плацентарного кровообращения совпадает со сроком формирования плаценты, когда под действием различных неблагоприятных факторов (генетических, аутоиммунных, гемостатических, инфекционных, эндокринных и др.)

последовательно нарушается эндovasкулярная миграция трофобласта, имеет место недостаточность инвазии вневорсинчатого хориона, нарушается дифференцировка ворсин плаценты (1). Одним из основных пусковых механизмов развития гестоза, ПН и задержки развития плода (ЗРП) считается диффузионно-перфузионная недостаточность маточно-плацентарного, внутриплацентарного и плодового кровообращения. Развивающиеся в плацентарной ткани морфологические изменения приводят к гипоксии, что активизирует факторы, нарушающие структуру и функцию эндотелия. В условиях гипоксии индуцируются процессы перекисного окисления липидов. Свободные радикалы кислорода (супероксидный радикал, пероксид водорода, гидроксильный радикал и синглетный кислород), высвобождаемые при агрегации нейтрофилов, инактивируют действие эндотелиальных факторов релаксации на плацентарный кровоток (2). При нормальном течении беременности тонус плацентарных сосудов зависит от адекватности внутриклеточных систем, регулирующих концентрацию ионов Са в гладкомышечных клетках (цАМФ, цГМФ, система фосфоинозитидов). Активация этих систем вазоактивными медиаторами (серотонин, ангиотензин-II, АДФ), циркулирующими в плацентарном кровотоке, приводит к высвобождению эндотелиальных факторов релаксации (простациклина и оксида азота) и констрикции (эндотелина).

Формированию эндотелиальной дисфункции способствуют: акти-

**В терапии гипоксических состояний плода эффективным является сочетание Актовегина с Инстеноном, который является стимулятором обмена и утилизации глюкозы в нейронах головного мозга плода. Эффекты Актовегина в лечении ПН и хронической гипоксии плода позволяют увеличить показатели массы тела плодов, имеющих проявления гипотрофии, а также улучшить переносимость плодом родового акта.**

вация перекисного окисления липидов, повышение активности фосфолипаз, циркулирующих нейромедиаторов (эндотелин, ацетилхолин, катехоламины), тромбксана, снижение активности ингибитора протеаз  $\alpha 2$ -макроглобулина, наличие врожденных дефектов гемостаза, гипергомоцистеинемия и др (1). Установлена прямая связь между повышением уровней маркеров активации эндотелия (VCAM) и уровнями нейроспецифических белков: нейроспецифической енолазы (NSE) и глиофибрилярного кислого протеина (GFAP) в сыровотке крови матери при гестозе, что свидетельствует о наличии прямых причинно-следственных связей иммунного повреждения эндотелиоцитов матери в период интенсивного развития ЦНС плода (вторая половина гестации).

Предполагается, что, помимо незавершенного ремоделирования спиральных артерий, в развитии гестоза и ПН играет роль неадекватный иммунный ответ организма матери с усилением цитотоксических, аутоиммунных и гуморальных реакций, гиперактивацией лимфоцитов, дисбалансом синтеза про- и противовоспалительных цитокинов (3).

По многочисленным данным зарубежных и отечественных исследователей, важную роль в развитии гестоза и ПН играют тромбофилические состояния, как врожденные, так и приобретенные (8, 1, 3). Тромбофилия выявляется у 77,38% беременных с тяжелыми и среднетяжелыми гестозами. При тяжелых гестозах, суб- и декомпенсированной ПН отмечается высокая частота мультигенных форм тромбофилии (два и более дефекта) (70,24%), а в группе беременных с неосложненным течением гестации – только 3,3% (9).

Аутоантитела к фосфолипидам поверхности сосудов (кардиолипину, фосфатидилсерину и др.), выявляемые у женщин с тяжелыми формами гестоза, стимулируют выработку антител, непосредственно вызывающих тромбообразование (антитела к протромбину, протеину С, тромбомодулину) (5).

В развитии гестоза и ПН значимую роль играют генетически обуслов-

ленные и приобретенные нарушения гемостаза, мутации и полиморфизм генов, предрасполагающих к тромбофилии. Несомненно и состояние иммунонекомпетентности при гестозе и ПН (15, 7, 8, 6). Таким образом, по современным представлениям гестоз и ПН являются мультифакториальными и полиэтиологичными процессами с генерализованным повреждением эндотелия.

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

В настоящее время предложено множество схем лечения гестоза и ПН, которые пока не дают желаемых результатов, хотя позволяют пролонгировать беременность, увеличить гестационный возраст плода и осуществить профилактику респираторного дистресс-синдрома плода при недоношенной беременности.

Базисным лечением гестоза является осмоонкотерапия, которая включает в себя внутривенное введение сульфата магния, гидроксипропилированного крахмала и белковых растворов (альбумин, свежемороженая плазма). Сульфат магния, помимо легкого наркотического действия, вызывает мочегонный, гипотензивный, противосудорожный, спазмолитический эффект и снижает внутричерепное давление. Предпочтительно внутривенное капельное введение сульфата магния, что приводит к более быстрому наступлению эффектов магниальной терапии и отсутствию осложнений, связанных с его внутримышечным применением. Доза сернокислого магния определяется исходным уровнем артериального давления и массой тела беременной.

В практическом отношении можно придерживаться следующих доз введения сульфата магния в сутки (сухого вещества в граммах):

- при гестозе I степени – до 12 г;
- при гестозе II степени – до 18 г;

- при гестозе III степени и преэклампсии – 25 г;

- при эклампсии – 50 г.

Дополняют терапию гипотензивными препаратами (спазмолитики центрального и периферического действия, ганглиоблокаторы и др.). Проводится терапия, направленная на устранение сосудистых расстройств, гиповолемии, хронического ДВС-синдрома, нормализацию водно-электролитного, белкового, углеводного баланса, кислотно-основного состояния крови, маточно-плацентарного кровотока и т.д.

В комплексной терапии угрозы прерывания беременности, а также для профилактики ПН у женщин, страдающих гипертонической болезнью, рекомендовано сочетание Актовегина с клофелином. Клофелин значительно снижает внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов, уменьшает выраженность сосудистых расстройств, оказывает стимулирующее влияние на маточно-плацентарный кровоток. В ряде случаев при необходимости улучшения венозного оттока от маточно-плацентарного сосудистого русла (гестоз, артериальная гипотония, ряд экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся гиповолемией и гипоперфузией матки, синдром нижней полой вены и др.) предлагается сочетание Актовегина с троксевазином.

При сочетании гестоза и ЗРП ряд авторов рекомендуют к лечению добавлять растворы аминокислот – инфезол, левамин, альвезин, внутривенно капельно на курс 5-7 введений (13).

Лечение гестоза должно быть проведено с учетом его сочетания с ПН и направлено на улучшение маточно-плацентарного кровотока и микроциркуляции, нормализацию газообмена в системе мать-плод, улучшение метаболической функции плаценты, восстановление нарушенной функции клеточных мембран (12).

Одним из патогенетически обоснованных препаратов для лечения эндотелиоза, а также связанной с гестозом ПН, является Актовегин. Фармакологическое действие Актовегина основано на его влиянии на

внутриклеточные обменные процессы. Под действием Актовегина в клетке повышается обмен высокоэнергетических фосфатов (АТФ), активируются ферменты окислительного фосфорилирования (пируват- и сукцинатдегидрогеназы, цитохром С-оксидаза), повышается активность кислой фосфатазы и лизосомальная активность клетки, повышается активность щелочной фосфатазы, ускоряется синтез углеводов и белков, увеличивается приток ионов калия в клетку, происходит активация калий-зависимых ферментов (каталаза, сахароз, глюкозидаз), ускоряется распад продуктов анаэробного гликолиза (2).

С позиций доказательной медицины целесообразно использование Актовегина с  $\beta$ -адреномиметиками (Гинипрал) (1). Сочетанное применение Гинипрала и Актовегина оказывает положительное влияние на тонус миометрия и кровотока в плаценте, что позволяет профилактировать гипоксические повреждения плода при угрозе прерывания беременности (2).

В комплексной терапии угрозы прерывания беременности, а также для профилактики ПН у женщин, страдающих гипертонической болезнью, рекомендовано сочетание Актовегина с клофелином. Клофелин значительно снижает внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов, уменьшает выраженность сосудистых расстройств, оказывает стимулирующее влияние на маточно-плацентарный кровоток.

В ряде случаев при необходимости улучшения венозного оттока от маточно-плацентарного сосудистого русла (гестоз, артериальная гипотония, ряд экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся гиповолемией и гипоперфузией матки, синдром нижней полой вены и др.) предлагается сочетание Актовегина с троксевазином (10, 11).

Имеющийся клинический опыт в терапии ПН при гестозе показывает эффективное сочетание Актовегина с Верапамилом (11). Терапия Верапамилом, в отличие от других гипотензивных средств, может предотвращать острое нарушение маточно-плацентарного кровообращения, вызванное отводом крови от периферии вследствие снижения АД. Работами В.В. Абрамченко (1992) и М.А. Belfort (1994) было показано, что в поздние сроки беременности Верапамил вызывает расслабление миометрия и расширение сосудов матки и плаценты.


В терапии гипоксических состояний плода эффективным является сочетание Актовегина с Инстеноном, который является стимулятором обмена и утилизации глюкозы в нейронах головного мозга плода (10). Эффекты Актовегина в лечении ПН и хронической гипоксии плода позволяют увеличить показатели массы тела плодов, имеющих проявления гипотрофии, а также улучшить переносимость плодом родового акта (2).

В литературе описан опыт применения Актовегина в терапии хронической гипоксии плода в интрана-

тальном периоде с положительным эффектом (14).

Многие специалисты предлагают применять антиагреганты и препараты, улучшающие тканевую метаболизм (10, 11, 12). По данным авторов исследования, проведенного среди 124 беременных группы высокого риска по развитию гестоза в сроках 16-40 недель, применение Актовегина у пациенток с нарушениями маточно-плацентарно-плодового кровотока позволило в 85% наблюдений улучшить гемодинамические показатели.

Актовегин назначают по 200-400 мг (5-10 мл) на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, ежедневно до родоразрешения (сроки определяются акушерской тактикой). У женщин с отягощающим акушерским анамнезом (гипертензивными состояниями, репродуктивными потерями в анамнезе, перенесенными хроническими эндометритами, табакокурящих) целесообразно профилактическое назначение Актовегина по 200 мг на 100 мл физиологического раствора курсами по 10 дней в конце II и III триместра беременности.

Основные точки приложения фармакологического действия Актовегина достаточно хорошо известны. Полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности и целесообразности дальнейшего изучения влияния Актовегина у беременных с гестозом и ПН. 

## Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. Серия «Национальные руководства».
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Громыко Г.Л., Ковалева Т.Г. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности / Под ред. Э.К. Айламазяна. Санкт-Петербург, 2004.
3. Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России (доклады Баева О.Р., Мусаева З.М., Мурашко Л.Е., Пасмана Н.М., Кустова С.М.).
4. Радзинский В.Е., Галина Т.В. Проблемы гестоза и подходы к их решению // Казанский медицинский журнал. 2007; Т. 88, № 2: 114-117.
5. Радзинский В.Е., Галина Т.В., Гагаев Ч.Г., Хахва Н.Т., Морозов С.Г. Определение
6. Радзинский В.Е., Галина Т.В., Виноградская Ю.Б., Шмельков А.В. Прогностические критерии развития гестоза в ранние сроки беременности. «Медицина в Кузбассе», Новокузнецк, 27.03.08, спецвыпуск № 1, 2008, с. 42 – 43.
7. Радзинский В.Е., Галина Т.В., Хахва Н.Т. Прогнозирование гестоза в ранние сроки беременности. Мат. V Российского форума «Мать и дитя». Москва, 6-10 октября 2003 г., с. 80.
8. Радзинский В.Е., Златовратская Т.В., Галина Т.В., Гагаев Ч.Г., Хахва Н.Т., Голикова Т.П. и др. Иммунологические и генетические предикторы развития гестоза и ЗРП. 36 ежегодный Международный конгресс международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. Москва, 24-28 мая 2004 г., с. 187-188.
9. Рыбин М.В. Автореф. дис. «Плацентарная недостаточность при гестозе: патогенез, диагностика, оценка степени тяжести и акушерская тактика». М., 2007.
10. Серов В.Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности – 2002, Т. 10, № 7, с. 340-344.
11. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода // Русский Медицинский Журнал. 2005, Т. 13, № 1: 31-34.
12. Серов В.Н. Плацентарная недостаточность // Трудный пациент, № 2, 2005.
13. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 2001, № 2, с. 43-7.
14. Эдокова А.Б., Сидорова И.С., Макаров И.О., Стригалева З.М., Мартынова И.В., Данилова О.С. Использование Актовегина в терапии хронической гипоксии плода в интранатальном периоде. Кафедра акушерства и гинекологии ФППО Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.
15. Startseva N.M., Galina T.V., Gagaev Ch.G., Prozorov V.V., Esmurziova Z.I. Gestosis and IUGR: immune and genetic factors. The 9th World Congress on contro-versies in obstetrics gynecology and infertility, Barcelona, Spain, March 22-25, 2007 – Abstracts – P. A-97.

## III ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# ПРОБЛЕМЫ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

**Москва, 5-6 февраля 2009 года**

**Место проведения: Российская академия наук (РАН)  
(Москва, Ленинский проспект, 32 А)**

### ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

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

### ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ:

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

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

### РЕГИСТРАЦИЯ

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета копию квитанции или платежного поручения (Организационный взнос не включает стоимость опубликования тезисов) – до 30 декабря 2008 года – 1300 рублей, с 30 декабря – 1500 рублей. Опубликование тезисов (одна работа) – 450 рублей. Сумма не включает стоимость сборника тезисов.

**ВНИМАНИЕ!** Почтовые денежные переводы в качестве оплаты не принимаются!

### БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:

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

### ТЕЗИСЫ

Оплаченные тезисы должны быть высланы не позднее 30 декабря 2008 г. по почте (с обязательным приложением электронного варианта!) или по e-mail (с пометкой «Тезисы для конференции по ПЖЗ»):

**Адрес: 127473, Москва, а/я 82. E-mail: [pjz2009@gzrf.ru](mailto:pjz2009@gzrf.ru)**

### Требования к оформлению тезисов

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

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

### АДРЕС ОРГКОМИТЕТА:

**1127473, Москва, ул. Достоевского 31/33, корпус А, 7 этаж  
Контактный телефон: (499) 972-9612 e-mail: [pjz2009@gzrf.ru](mailto:pjz2009@gzrf.ru) Официальный сайт: <http://www.gzrf.ru>**

# ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ:

30 сентября 2008 г. в рамках IV съезда акушеров-гинекологов России состоялся сателлитный симпозиум «Здоровье женщины: взгляд специалистов», спонсором которого выступила компания санofi авентис. В обращении к съезду академики РАМН В.Н. Серов и Г.Т. Сухих отметили, что 39 тысяч российских акушеров-гинекологов объединяет одна общая цель – сохранение и укрепление здоровья женщин.

Развитию медицинской науки в области акушерства, гинекологии, перинатологии в значительной степени способствует деятельность санofi авентис – одной из крупнейших международных фармацевтических корпораций, а повышению уровня оказания медицинской помощи в России и обеспечению пациентов высокоэффективными и безопасными лекарственными средствами – комбинированный препарат магния и пиридоксина Магне В<sub>6</sub>®.

Во время симпозиума, председателем которого выступил академик А.Н. Стрижаков (ММА им. Сеченова), прозвучали доклады ведущих специалистов известнейших медицинских учреждений России. Выступавшие обстоятельно осветили наиболее важные моменты, связанные с актуальными проблемами акушерско-гинекологической службы – невынашиванием беременности и ПМС – и роль, которую играет магнизиальная терапия в их решении.



## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАГНЕЗИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой комплекс психоэмоциональных, поведенческих и соматических симптомов, возникающих только в предменструальные дни, а клиническими проявлениями данной патологии являются различные нейropsychические, вегетативно-сосудистые и обменно-эндокринные нарушения.

Патогенез ПМС является весьма сложным и многофакторным. В настоящее время установлено, что в генезе ПМС большое значение имеет дефицит магния (Mg).

Mg – важнейший микроэлемент, он принимает активное участие в регуляции многих жизненно важных физиологических процессов человеческого организма, поэтому его называют металлом жизни. Mg служит естественным антистрессовым фактором, тормозя развитие процессов возбуждения в ЦНС, препятствуя процессам перевозбуждения нервной системы, снижая чувствительность организма к внешним воздействиям.

В связи с этим дефицит Mg проявляется самыми разнообразными клиническими симптомами. Их можно разделить на 3 группы:

- 1 – обусловлена участием Mg в ферментах по обслуживанию энергетических реакций – обмена углеводов и АТФ. Поэтому недостаток Mg сопровождается повышенной умственной и физической утомляемостью при обычных нагрузках, неадекватным теплообменом (быстрая истощаемость энергоресурсов, зябкость);
- 2 – связана с нарушением электрической возбудимости клетки. В условиях дефицита Mg повышается возбудимость клеток, снижается порог возбудимости, что клинически проявляется эмоциональной лабильностью и нарушениями сна, склонностью к тахикардии и аритмиям, повышенным АД и головной болью, болями в желудке и бронхоспазмом, гипертонусом матки и спазмом шейки матки в родах;
- 3 – связана со структурообра-

зующей ролью Mg в медиаторном обмене, что клинически приводит к депрессии, нарушению координации движений, снижению внимания и памяти.

Длительно существующий дефицит Mg приводит к развитию обменных нарушений. В гипомagneмических биосредах с годами накапливаются соли кальция и происходит кальцификация суставов, связочного аппарата. Последствия – развитие АГ, атеросклероза, диабета, повышенный риск ИМ и другой сердечно-сосудистой патологии. Дефицит магния способствует камнеобразованию в мочевом пузыре. Поэтому необходимо отметить, что нормальный уровень Mg в организме признан основополагающей константой, контролирующей здоровье человека.

С 1994 г. ВОЗ классифицировала патологическое состояние «недостаточность Mg» как заболевание, имеющее свой код по МКБ (E61.3), чаще встречается как сопутствующий диагноз.

# ВЗГЛЯД СПЕЦИАЛИСТОВ

Существует несколько методов оценки уровня Mg в организме. Норма содержания Mg в сыворотке крови у взрослых – 0,8-1,26 ммоль/л; беременных – 0,8-1,05 ммоль/л; детей – 0,74-1,15 ммоль/л. Однако уровень Mg в сыворотке крови может сохраняться в нормальных пределах даже при снижении общего количества Mg в организме на 80%, что может быть компенсировано за счет извлечения данного микроэлемента из депо костей. Нормомагниемия не исключает возможного дефицита Mg. Mg сыворотки < 0,8 ммоль/л – признак выраженного дефицита Mg в организме.

половых стероидных гормонов, факторов ренин-ангиотензиновой системы, так и дефицитом Mg. Лабильность психики, повышенная возбудимость, ослабление памяти, усталость, агрессивность, головные боли, боли в костях, суставах и мышцах значительно ухудшают профессиональную и повседневную деятельность женщин. Диагностика ПМС основывается на цикличности возникновения симптомов и исключения органических заболеваний, а также проведении комплекса обследований для уточнения генеза и формы ПМС. Принципы терапии ПМС обяза-



**В.А. Лебедев**, д.м.н., профессор  
ММА им. И.М. Сеченова

## ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Оценить состояние магниевого гомеостаза в целом позволяет определение содержания Mg в волосах.

Основными методами коррекции дефицита Mg являются диетические мероприятия и фармакотерапия с обязательным устранением дефицита пиридоксина. Исследованиями установлена тесная функциональная связь Mg с витамином B<sub>6</sub>, требующая их совместного поступления в организм, только комбинация Mg с витамином B<sub>6</sub> обеспечивает необходимые условия для достаточного усвоения препарата Mg в человеческом организме.


Ввиду установления значительной роли дефицита Mg в генезе ПМС нами было проведено обследование и лечение 128 больных с ПМС французским препаратом Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup>. Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> – это оптимальная комбинация Mg и витамина B<sub>6</sub>. Клиника ПМС отличается большой вариабельностью, обусловленной как выраженными изменениями концентрации гонадотропинов,

тально включают диету – употребление продуктов, богатых магнием и витаминами группы B: орехи, фасоль, гречишный мед... Но необходимо учитывать, что потребности в Mg с продуктами питания полностью не восполняются.

Всем пациенткам был назначен Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> по 1 таблетке 3 раза в день в течение 6 мес. В результате проведенной терапии большинство женщин отметили значительное уменьшение клинических проявлений ПМС. Наибольший эффект отмечен в плане уменьшения симптомов масталгии и мастодинии, отечного синдрома. Также значительно уменьшилось вздутие живота и психоневрологические симптомы (депрессия, раздражительность).

В результате проведенного лечения все обследованные пациентки отметили значительное повышение качества жизни, что привело к повышению социальной адаптации, работоспособности, возрастанию либидо. В целом эффективность данной

терапии составила 62,3%. Побочных явлений или аллергических реакций отмечено не было, зарегистрирована хорошая переносимость.

Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на высокую терапевтическую эффективность препарата Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> в лечении ПМС. Оптимальная длительность лечения препаратом Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> должна быть не менее 6 месяцев по 3 таблетки в день. 

# ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Задача акушерства – профилактика репродуктивных потерь. Несмотря на успехи прегравидарной подготовки, успехи в лечении фетоплацентарной недостаточности, частота невынашивания беременности приближается к 55%, причем именно на I триместр приходится до 50%. Зачастую, невынашивание беременности связано с развитием различной локализации гематомы в месте прикрепления хориона, что приводит к развитию у 47-85% женщин плацентарной недостаточности. В свою очередь плацентарная


недостаточность чревата гипоксией и задержкой роста плода. Все это в совокупности обуславливает и перинатальную заболеваемость и высокие перинатальные потери. Эхография позволяет на самых ранних этапах развития беременности выявить те или иные нарушения, которые даже пока не имеют под собой клинической подоплеку. Мы выделили наиболее важные в неблагоприятном плане прогностические ультразвуковые критерии у женщин с привычной потерей беременности. Самый главный признак – это оценка эмбриона. Отсутствие эмбриона, если диаметр плодного яйца превышает 14 мм, – частота этого признака невысока, около 3%. В клиническом течении имеются признаки угрожающего прерывания беременности, исход беременности в 100% – анэмбриония. Немаловажный признак, на 100% указывающий на неразвивающуюся беременность, – это отсутствие сердцебиения при копчиковом размере (КТР) эмбриона 16 мм. Его частота около 4%. При отставании КТР от гестационного срока на 6-10 дней течение беременности может протекать вообще без осложнений, пациентка не предъявляет никаких жалоб. Встречается этот признак у 15%. Если мы наблюдаем нарастание отставания КТР, то в 100% случаев это неблагоприятный исход беременности. При отставании КТР от гестационного срока более чем на 14 дней (около 3%) наблюдается самопроизвольное прерывание беременности у 43% женщин.

Нарушение сердечной деятельности плода – брадикардии и тахикардии. Тахикардия несет низкую прогностическую ценность. Зачастую появление тахикардии эмбриона объясняется развитием субхори-

альной гематомы объемом свыше 25 мм. Появление брадикардии (менее 90 уд/мин) свидетельствует в 100% случаев о самопроизвольном прерывании беременности.

Помимо оценки жизнедеятельности эмбриона следует обращать внимание на изучение желточного мешка. Частота патологии около 32%. Неблагоприятный перинатальный исход по данным оценки желточного мешка – около 35%. Увеличение его на сроках 4-6 недель свыше 9 мм необходимо рассматривать как патологию.

В тактике лечения пациенток с привычной потерей беременности необходимы спазмолитики, и главным представителем этой фармацевтической группы является Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup>. Не стараясь сказать, что Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> – панацея, нельзя не отметить, что этот препарат достаточно эффективен при болях в нижних отделах живота и поясницы, когда зачастую боль связана с ретрохориальной гематомой.

Я хотел бы остановиться на собственных результатах при применении Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> у женщин с привычным невынашиванием. Были обследованы 216 пациенток, мы выделили основную группу – 150 женщин, которые получали Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> и ретроспективные данные в группе женщин, с которыми проводилась другая спазмолитическая терапия. По частоте анэмбрионии, неразвивающихся беременностей мы не нашли достоверных различий. В целом неблагоприятные исходы беременности по группе сравнения, развитие фетоплацентарной недостаточности мы обнаружили в 13% случаев, тогда как в группе получавших препарат Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> – по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 месяца (далее – по показаниям) – 7,4%. 



**А.И. Давыдов**, д.м.н., профессор  
ММА им. И.М. Сеченова



# МАГНИЙДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В организме человека находится 21-28 г Mg. В организме он не синтезируется и поступает с пищей, концентрируется в эмали зубов, мозге, костях, сердце и т.д. Поскольку магний является компонентом хлорофилла растений, он встречается на любом уровне пищевой цепочки; таким образом, любая пища, не подвергавшаяся обработке, содержит некоторое количество магния, хотя эти количества сильно разнятся. Самые богатые источники – цельные семена, такие как орехи и бобы, также зерновая завязь и необработанные злаки. При помол зерна (удаление оболочки и зародышевых слоев) теряется до 80% магния. Другими пищевыми источниками являются зелень, шпинат, соя, горох, мята, пшеничная мука, креветки, моллюски, устрицы, крабы, в меньших количествах Mg содержится в печени и говядине. Магний является основой более чем 500 ферментативных реакций, обеспечивающих функционирование организма, включая обменные процессы. Выработка энергии, метаболизм глюкозы, окисление жирных кислот и активация аминокислот – везде требуется магний. Магний участвует в биосинтезе белка, передаче генетической информации через продуцирование ДНК. Процесс выработки гармонов железами внутренней секреции


начинается с образования циклического АМФ внутри клетки или на клеточной мембране. Бесчисленные системы по всему организму зависят от сигнала, идущего от циклического АМФ, а для образования цикло-АМФ магний должен быть доступен в больших количествах. Кроме того, магний участвует в передаче нервного сигнала, помогает адаптироваться к холоду, служит структурным компонентом костей и зубной эмали, а также принимает участие в поддержании мышечного тонуса.

Рекомендуемая норма Mg составляет 4,5 мг на килограмм веса для взрослых мужчин и женщин. Это составляет около 280 мг для большинства женщин и 350 мг в сутки для большинства мужчин. Во время беременности на нужды плода должно уходить дополнительно не менее 20 мг в день; кормящим мамам необходимо получать дополнительно 60 мг магния в день, чтобы восполнить его потерю с грудным молоком.

Антибиотики тетрациклинового ряда, которые назначают сейчас и при хламидийной, уреоплазменной и микоплазменной инфекции, фторхинолоны снижают всасывание магния, поступающего в организм с пищей. Поэтому назначение препарата Магне В<sub>6</sub>® через 24 часа после назначения антибиотиков будет способствовать профилактике магниевых дефицита. Заместительная гормональная терапия также требует назначения Магне В<sub>6</sub>® с профилактической целью. К возникновению симптомов предменструального синдрома недостаток магния имеет отношение и его назначение приводит к исчезновению или уменьшению их выраженности. У всех женщин с ПМС следует проводить коррекцию содержания магния, что позволит снизить частоту резких изменений настроения, депрессии, справиться с головной болью и увеличением массы тела во вторую половину цикла. Маг-



**Е.А. Межевитина**, д.м.н.,  
ведущий научный сотрудник НЦАГИП им. В.И. Кулакова

ний – это нутриент, который в организме содержится в небольшом количестве. Риск развития магниевых дефицитных состояний очень велик и сопровождает женщину всю жизнь, дефицит магния нарастает с возрастом и достигает максимума после 70 лет, усугубляется при применении антибиотиков и эстрогенсодержащих препаратов. Дефицит магния приводит к развитию нарушений менструального цикла, хронической усталости, метаболическому синдрому. Использование препарата магния Магне В<sub>6</sub>® эффективно, не вызывает побочных реакций, способствует профилактике различных заболеваний и повышает качество жизни пациента. По данным нашего отделения, эффективность Магне В<sub>6</sub>® в лечении ПМС в качестве монотерапии (1 таблетка 3 раза в день в течение 6 месяцев) составляет в среднем 67%. 



# МАГНЕЗИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Обобщая данные о том, насколько важна магниальная профилактика осложнений беременности, хотелось бы подчеркнуть, что корни всей патологии беременности находятся в I триместре. И это касается не только выкидышей, плацентарной недостаточности, это касается и преэклампсии и тех осложнений, которые мы получаем во II и III триместрах.


Только у 7-10% больных с привычным выкидышем причина хромосомная патология, из-за

которой мы не можем получить нормального исхода беременности. Все остальные факторы – анатомические, иммунологические, гормональные, инфекционные – приводят к нарушению имплантации вследствие неблагоприятных клеточных взаимоотношений в эндометрии. Модель этиологии привычного выкидыша подразумевает, что только суммирование различных факторов может привести к потере плода.

Для того чтобы произошла нормальная имплантация, пациенток необходимо готовить к беременности, особенно пациенток с неудачными беременностями в прошлом. Необходимо подготовить женщину к беременности в плане ее минерального обмена и, конечно, восполнение магниевого дефицита перед беременностью играет огромную роль. Mg является микроэлементом, влияющим на мышечный тонус, поэтому, если организм женщины насыщен этим микроэлементом, то процессы имплантации и роста происходят как должно.

Оценить магниевый дефицит очень сложно, а эффекты Mg во время беременности особенно важны. Факторы риска дефицита магния у беременных женщин – это и несбалансированное питание, и возрастающая потребность Mg (350-450 мг/сут), и возможное систематическое применение слабительных и диуретиков, экстрагенитальная патология у беременных. Симптомы дефицита Mg могут быть очень неспецифичны. Одним из симптомов у беременных женщин является повышенный тонус матки. Что касается преэклампсии, то доказано, что состояние эклампсии и тяжелой формы преэклампсии – это состояние острого магниевого дефицита. Подтверждено, что эффект магния сульфата у женщин с преэклампсией является

ся достоверно значимым, и это является терапией выбора при преэклампсии и эклампсии. В плацебо контролируемых исследованиях с участием 352 женщин была доказана эффективность перорального препарата Mg (лактат магния) для профилактики магниевого дефицита и ликвидации судорог ног. Пероральное применение препаратов Mg с 25 недели приводило к значительному снижению частоты преждевременных родов. Была доказана эффективность пероральной терапии Mg для предотвращения поздних гестационных осложнений. Использование препарата Магне В<sub>6</sub>® в течение беременности у женщин после хирургической коррекции шейки матки при цервикальной недостаточности дает вполне определенный положительный эффект.

Препарат Магне В<sub>6</sub>® имеет две формы. Мы применяем препарат как в питьевой форме, так и в таблетках. Питьевой раствор оказывает более быстрый и выраженный эффект. Включение препарата Магне В<sub>6</sub>® в комплексную схему терапии позволяет уменьшить сроки пребывания в стационаре, снизить задержку внутриутробного развития плода и способствовать нормализации психического статуса, тонуса матки, нормализовать работу кишечника. На примере 120 супружеских пар мы проанализировали раннее назначение препарата Магне В<sub>6</sub>® длительно, до 20 недель беременности в непрерывном режиме (по 2 таблетки 2 раза в день). Результаты: в 83% случаях произошла быстрая нормализация тонуса матки и снижение образования гематом в полости матки. Частота возникновения угрозы позднего выкидыша и преждевременных родов была также ниже в группе женщин, принимавших Магне В<sub>6</sub>®, процент вынашивания беременности составил 96%. 



**Н.К. Тетрашвили**, д.м.н.,  
старший научный сотрудник НЦАГиП им. В.И. Кулакова



# Магний — женский минерал №1



## Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> при состоянии дефицита магния в акушерстве и гинекологии

Для профилактики угрозы прерывания  
беременности и гестоза:

- способствует нормализации тонуса матки
- улучшает маточно-плацентарное кровообращение
- способствует предупреждению эндотелиальной дисфункции

Сидельникова В.М. Применение Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> в клинике невынашивания беременности // Акушерство и гинекология, 2002, 6. Кошелева Н.Г. и соавт. Роль гипомagneмии в акушерской патологии. Применение препаратов магния. Метод. рекомендации, 2007.



Эффективно устраняет  
симптомы предменструального синдрома:

- раздражительность
- нервозность
- повышенная утомляемость

Прилепская В.М. и соавт. Роль магния в развитии предменструального синдрома. М., 2003.

Рекомендуется для коррекции  
психовегетативных расстройств  
при климактерическом синдроме

Сметник В.П. и соавт. Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> в коррекции психовегетативных расстройств у женщин в постменопаузе // Фарматека. 2004. 15.



Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).  
Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.  
Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11.  
[www.sanofi-aventis.ru](http://www.sanofi-aventis.ru), [www.magne-b6.ru](http://www.magne-b6.ru)

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. Перед началом приема проконсультируйтесь с Вашим врачом.

# ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАКА ПУТЕМ

2 октября 2008 г. в рамках IV съезда акушеров-гинекологов России прошел симпозиум «Предупреждение рака путем вакцинации: миф или реальность?», собравший более 500 врачей из многих регионов нашей страны. Дополнительную значимость симпозиуму придавало участие в его работе представителей Московской области и Ханты-Мансийского автономного округа. Именно в этих двух регионах сейчас реализуется пилотный проект по вакцинопрофилактике рака шейки матки и других ВПЧ-ассоциированных заболеваний, по итогам которого будет приниматься решение о целесообразности массового вакцинирования в масштабах всей страны. Участники симпозиума с интересом выслушали доклады д.м.н., главного акушера-гинеколога Московской области

А.Л. Гридчика и С.В. Яковенко, поделившихся своим опытом организации и проведения региональных программ вакцинации. Предлагаем вашему вниманию доклады ведущих специалистов страны, с разных сторон рассматривающих проблему борьбы с раком шейки матки и другими заболеваниями, вызываемыми вирусом папилломы человека.



## ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ: УЖЕ ВОЗМОЖНА,

Увидев в программе нашего симпозиума название моего доклада, ко мне подходили слушатели, да и не только ко мне, и спрашивали, неужели Вера Николаевна против вакцинации? Действительно, здесь есть какая-то интрига, и в ходе своего выступления я постараюсь ответить на этот вопрос.

В мире зарегистрировано не менее двух миллионов женщин с раком шейки матки. И каждые 12 минут от рака шейки матки умирает одна женщина. Вместе с тем большинство этих смертей, безусловно, можно и нужно предотвратить. Доказано, и ни для кого из присутствующих здесь специалистов это не новость, что папилломавирусная инфекция является ведущей причиной рака шейки матки. Это подтверждается, в частности, тем, что почти у 100% женщин с этим диагнозом при аутопсии выявляется вирус папилломы человека. Причем он персистирует в ткани достаточно длительно и с течением времени приводит к поражению эпителия шейки матки. Проявления развития ВПЧ очень многообразны, от слабых внутриэпителиальных изменений до

инвазивного рака. Особенности и онкогенность вируса папилломы человека изучается очень интенсивно. В настоящее время насчитывается более 200 различных типов вируса, которые могут вызывать патологию генитального, а точнее, аногенитального тракта. При этом наиболее онкогенными типами, то есть ответственными за большинство онкологических заболеваний



**В.Н. Прилепская**, д.м.н., профессор  
Научный центр акушерства, гинекологии  
и перинатологии им. В.И. Кулакова



# ВАКЦИНАЦИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

шейки матки, влагалища, вульвы, являются 16 и 18 тип.

Стратегия профилактики рака шейки матки во всем мире уже определена. Она состоит из снижения и устранения всем вам известных факторов риска, в частности курения, которое в два раза увеличивает риск возникновения рака шейки матки. Одно из главных, доказавших свою эффективность, направлений в профилактике – проведение скрининговых программ, позволяющих диагностировать изменения эпителия шейки матки на ранних стадиях и провести соответствующее лечение. И наконец,

но активных женщины и мужчины. Этот риск, безусловно, наиболее велик у молодых женщин, особенно у подростков, потому что шеечный эпителий у них не является еще достаточно развитым и способным сопротивляться вредным воздействиям, в особенности инфекционного характера. Наибольшая частота инфицированности вирусом папилломы человека приходится на молодую возраст, от 15 до 25 лет. Понятно, что основные профилактические мероприятия должны проводиться в раннем возрасте. И с самого начала половой жизни, сексуальных отношений любая девуш-

диагностики, почти у всех женщин с так называемым диагнозом «эрозия шейки матки». Есть и противовирусная терапия, используется множество иммунных препаратов, зачастую также без достаточных оснований. Но мы должны понимать, что существующие методы лечения не решают проблему снижения заболеваемости раком шейки матки, поскольку направлены не на искоренение вирусной инфекции, а на устранение ее последствий.

Внедрение в клиническую практику скрининговых программ, направленных на повышение выявляемости ранних стадий рака шейки матки, в частности дисплазии, конечно, играет огромную роль. Однако скрининговые программы, на которые возлагались очень большие надежды в прошлом, да и сейчас возлагаются, имеют целый ряд недостатков. Во-первых, они требуют привлечения очень больших ресурсов, несколько не меньших, чем вакцинация. Однако, по данным статистики, даже наиболее оптимальная организация скрининга может позволить выявить около 80% случаев диспластических процессов, начальных изменений, предрака и рака шейки матки, а остальные 20% остаются нераспознанными. То есть возможности скрининга в известной мере ограничены. Не забудем и проблему неправильной интерпретации мазков, отсутствие подготовки цитологов по единой для страны программе, все это еще больше затрудняет наши возможности. Кроме того, общепринятые системы скрининга, даже если мы берем исследования биомаркеров и целый ряд других тестов, они выявляют уже существующие поражения шейки матки, но не предупреждают их.

Я так подробно говорю о скрининговом исследовании не для того, чтобы противопоставить его вакцинопрофилактике, ни в коем случае. Я просто хочу подчеркнуть, что только путем применения скри-



## НО ТАК ЛИ НЕОБХОДИМА?

вакцинация. Профилактические рекомбинантные вакцины – очень перспективное направление в борьбе с раком шейки матки и с целым рядом других заболеваний. Кроме того, сейчас уже создаются лечебные вакцины. Я надеюсь, что в ближайшее время они тоже появятся на нашем рынке.

Вирус папилломы человека представляет риск для каждого сексуаль-

ка, юная женщина, должна знать об опасности инфицирования вирусом папилломы человека.

Закономерно возникает вопрос о лечении, потому что предложенных методов лечения достаточно много. Это и коагулирующие методы, или физиохирургические, широко распространенные у нас и применяемые, к сожалению, без достаточной дифференциальной



<b>Азиатско-тихоокеанский бассейн</b>
Австралия
Гонконг
Новая Зеландия
<b>Карибский бассейн</b>
Каймановы острова
<b>Северная Америка</b>
Канада
Мексика (частный сектор)
США
<b>Европа</b>
Австрия
Бельгия
Великобритания
Греция
Дания
Испания
Италия
Кипр
Люксембург
Нидерланды
Норвегия
Португалия
Словакия
Франция
Швейцария
Швеция

**Рисунок 1. Национальные календари ВПЧ-вакцинации**

нинга мы добьемся выявления и лечения патологии шейки матки на ранних этапах. Но ликвидации рака шейки матки в целом, как последствия папилломавирусной инфекции, добиться применением скрининговых программ невозможно. И мы пока очень далеки от того, чтобы внедрить единую программу проведения скрининговых исследований и проконтролировать ее эффективность.


К счастью, папилломавирусная инфекция оказалась вакциноуправляемой инфекцией. Создание вакцины против папилломавирусной инфекции как основной причины рака шейки матки относится к числу наиболее значительных достижений последних десятилетий. Однако результативность вакцинации (так же, как и скрининга) зависит в огромной степени от организации системы здравоохранения в конкретной стране и, в частности, от нас с вами. Говорить о том, что мы в ближайшие годы достигнем каких-

то результатов, применяя вакцинацию, очень трудно, потому что нам еще только предстоит добиться широкого привлечения врачей и лечебно-профилактических учреждений хотя бы к началу вакцинации. Тем важнее изучать и использовать передовой зарубежный опыт. Поддержку вакцинации против ВПЧ оказали большинство стран мира. То есть они готовы в той или иной степени проводить бесплатную или частично оплачиваемую вакцинацию. 23 страны включили ВПЧ-вакцинацию в Национальный календарь прививок (рисунок 1). А 17 стран уже полностью оплачивают вакцинацию определенному контингенту женщин. Вместе с тем мы должны знать, что в настоящее время можно предупредить заболевание, вызываемое только двумя онкогенными типами – это 16 и 18 тип вируса папилломы человека, но именно они и ответственны, как я уже сказала, за большинство случаев рака шейки матки.

Сегодня в нашей стране зарегистрировано две вакцины, эффективные в отношении вируса папилломы человека, Гардасил и Церварикс. Гардасил – квадριвалентная вакцина против четырех типов вируса, уже упомянутых, наиболее агрессивных 16 и 18, а также неонкогенных 6 и 11, которые ответственны за появление генитальных кондилом. Церварикс – бивалентная вакцина только против 16 и 18 типа вируса. Церварикс только начал свой путь после регистрации, тогда как Гардасил зарегистрирован в 100 странах и уже использовано более 30 миллионов доз вакцины. За более чем пять лет наблюдения этой вакцины специалисты во всем мире убедились в ее эффективности, которая приближается к 100% в отношении цервикальной и интраэпителиальной неоплазии. Гардасил также максимально эффективен в предотвращении генитальных кондилом. Это очень высокоиммуногенная вакцина, иммуногенность ее составляет 100%. Рецензирована для девочек, девушек и женщин в возрасте от 9 до 26 лет. Показано также применение у мальчиков, подростков и юношей в возрасте от 9 до 17 лет.

Что дает введение Гардасила? Это в высшей степени надежная профилактика рака шейки матки, рака вульвы, рака влагалища, генитального кондиломатоза и предраковой дисплазии. Результаты исследований, которые были проведены, в частности, в США, где впервые начали применять вакцину бесплатно и она была внесена в Национальный календарь прививок, показали, что после вакцинации 24000 девушек в возрасте от 16 до 23 лет ни у одной из них не было обнаружено папилломавирусной инфекции. Длительность наблюдения сейчас уже более пяти лет. Кроме того, высокая профилактическая эффективность Гардасила у женщин в возрасте от 25 до 45 лет. И переносимость тоже хорошая. Осложнений при вакцинации не было выявлено ни у одной пациентки при клинических многоцентровых исследованиях. Безопасность обусловлена отсутствием вирусного генома, обе существующие вакцины рекомбинантные. Побочные реакции изредка наблюдаются, как правило, в месте введения вакцины – гиперемия, небольшая припухлость, болезненность, зуд.

Мне хотелось бы еще раз отметить, что вакцинация позволит радикальным образом изменить картину заболеваемости раком шейки матки во всем мире. Поэтому большинство ученых, которые занимаются этой проблемой, рассматривают вакцину как святая святых в борьбе с раком шейки матки. Сочетание хорошо организованного скрининга и всесторонне поддержанной государством вакцинации, безусловно, сможет искоренить рак шейки матки. В России с ее передовыми и признанными во всем мире традициями массовой вакцинопрофилактики есть все необходимые предпосылки для включения ВПЧ-вакцинации в Национальный календарь прививок.

И еще мне хотелось бы призвать всех присутствующих на симпозиуме врачей к тому, чтобы они более пристально занимались этой очень интересной и чрезвычайно важной и сложной проблемой. 

Каждый день в России  
рак шейки матки  
уносит **17** жизней<sup>1</sup>.

**ЧТО ВЫ СДЕЛАЕТЕ, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ И СВОЮ ДОЧЬ?**

Подумайте, застрахованы ли Вы и  
Ваша дочь от рака шейки матки?

Эта болезнь вызывается особыми  
типами вируса папилломы человека  
(ВПЧ).<sup>2</sup> 8 из 10 женщин инфицируются  
этим вирусом в течение жизни<sup>3</sup>, и  
чаще - в молодом возрасте.<sup>2</sup>

Уже есть вакцина, которая  
помогает предотвращать  
заболевания, связанные с ВПЧ.<sup>2</sup>  
Защитите своё будущее  
уже сегодня!

**Обратитесь к Вашему  
врачу или звоните по  
тел.: 8-800-555-8888**

1. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность). Москва, 2008 г.
2. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. Москва, 2007 г.
3. Brown DR, Shew ML, Qadadri B. et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. J.Infect Dis 2005; 191: 182-92.

**Для большей информации  
по этому вопросу посетите сайт  
[www.hpv-vaccine.ru](http://www.hpv-vaccine.ru)**

*Всё, что возможно!*



АССОЦИАЦИЯ  
ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ



Союз  
педиатров  
России

**ЛЮБАЯ ВАКЦИНА ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.  
ПЕРЕД ПРИНЯТИЕМ РЕШЕНИЯ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.**

# НУЖНО ЛИ ПРИВИВАТЬ



**Г.Н. Минкина**, д.м.н., профессор, МГМСУ

Как и любая профилактическая вакцина, квадριвалентная вакцина Гардасил полностью проявит свою эффективность, если будет назначена до встречи человека с вирусом. Поэтому рутинная вакцинация, конечно, предпочтительна уже в подростковом возрасте. Однако это не означает, что вакцина не может предотвратить инфицирование и у сексуально активных женщин. Профессиональные организации вакцинологов и акушеров-гинекологов, международные

эксперты рекомендуют массовую вакцинацию и молодых сексуально активных женщин в возрасте до 26 лет. Однако если вакцинировать всех представительниц прекрасной половины человечества от 9 до 26 лет – девочек, девушек и молодых женщин, возникает вопрос: получают ли они одинаковую пользу от вакцинации? Имеет ли смысл такая вакцинация? Или, быть может, как спрашивают многие клиницисты, необходима предварительная оценка ВПЧ-статуса, проведение ВПЧ-тестирования? Ответить на эти вопросы нам помогут данные клинических исследований.

Так, в клинической программе изучения вакцины Гардасил приняли участие 33 тысячи молодых женщин в возрасте от 16 до 26 лет из различных регионов мира. Причем 95% из них уже были сексуально активны и имели до 4 сексуальных партнеров. В исследования эффективности вакцины женщины включались без предварительного скрининга на наличие ВПЧ-инфекции, то есть независимо от исходного ВПЧ-статуса. И материал для определения этого

статуса – мазок на ДНК ВПЧ и сыроворотка крови на антитела к ВПЧ – забирался непосредственно перед введением пациентке первой дозы вакцины.

В результате оказалось, что из 33 тысяч молодых женщин (напомню, абсолютное большинство из них уже были сексуально активны) 73%, или 2/3, женщин практически благоволили ко всем четырем вакцинным типам ВПЧ. 27% женщин имели признаки текущей или перенесенной ранее инфекции, то есть они были ДНК и/или серопозитивны. Причем большинство из них – 20% от всех включенных, были позитивны только к одному ВПЧ-вакцинному типу. Совсем немного, 6% женщин, контактировали с двумя вакцинными типами ВПЧ. И только чуть более 1% женщин имели контакт с тремя вакцинными типами. И лишь 0,1%, то есть одна из тысячи, были позитивны ко всем четырем вакцинным типам.

Дальнейшее изучение ВПЧ-позитивных пациенток показало, что введение вакцины Гардасил этим инфицированным женщинам безопасно. Оно безопасно и для тех пациенток, которые уже имели поражения шейки матки, связанные или не связанные с вакцинными типами. И, несмотря на то, что вакцина профилактическая и текущую инфекцию и уже имеющиеся поражения она не лечит, было доказано, что женщины, инфицированные к моменту вакцинации одним или более вакцинными типами, защищены от клинических заболеваний, вызванных оставшимися вакцинными типами ВПЧ.

Таким образом, из 33 тысяч женщин практически 2/3 получили от вакцинации максимальную пользу, поскольку они были исходно негативны к вакцинным типам ВПЧ. 20% женщин оказались защищены от трех вакцинных типов ВПЧ. Ну и совсем немного, 6% пациенток, получили, если можно так сказать, «половинную» пользу от вакцина-





# ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН?



ции. И только одной женщине из тысячи вакцинация не принесла очевидной пользы.

Таким образом, если женщина уже инфицирована каким-либо вакцинным типом ВПЧ, она все равно получает существенную пользу от вакцинации, поскольку будет защищена от оставшихся типов вируса папилломы человека, которые включены в вакцину. Как мы уже убедились, очень малое число женщин к моменту вакцинации имеют предшествующую или текущую инфекцию более чем одним вакцинным типом ВПЧ. Значит, как подсчитано, только одна из тысячи тестируемых пациенток будет одновременно позитивна к 16 и 18 типу вируса. А если у женщины в анамнезе или в данное время имеются генитальные кондиломы, значит, она инфицировала 6 или 11 типом ВПЧ. Маловероятно, что она при этом еще носит онкогенные типы ВПЧ. Безусловно, польза от вакцинации она получит, поскольку бу-

дет защищена от тех типов вируса папилломы человека, с которыми еще не встречалась.

Теперь о том, необходимо ли предвакцинальное ВПЧ-тестирование. Начнем с того, что тесты, которыми мы пользуемся на практике, диагностируют только текущую инфекцию. А серологические тесты для определения антител как маркера перенесенной инфекции не стандартизированы, используются только в клинических исследованиях. Коммерческие серологические тесты на антитела в настоящее время отсутствуют, и не только у нас, но и во всем мире.

В практической лабораторной диагностике для ДНК-диагностики применяются два метода: полимеразная цепная реакция и метод гибридного захвата. ПЦР – это высокочувствительный метод, который позволяет идентифицировать по меньшей мере 43 различных типа ВПЧ. Метод гибридного захвата – это хорошо стандартизированный

и широко используемый в мире тест, но он создан специально для клиницистов. Он для клинических целей спланирован таким образом, чтобы выявлять не всех инфицированных женщин, а только тех, которые имеют наибольший риск развития предрака и рака шейки матки. За порог чувствительности метода принято 5 тысяч копий ДНК вируса.

А что касается полимеразной цепной реакции – этот метод сегодня в мире больше используют в научных исследованиях для того, чтобы выявить максимальное число инфицированных. Однако даже если бы ДНК-тестирование рутинно использовалось в программе вакцинации против ВПЧ, трудно сказать, насколько достоверны были бы результаты этого тестирования.

Кроме того, не следует забывать, что методы ВПЧ-тестирования сегодня еще не являются общедоступными. Их включение в программы вакцинации приведет к удорожанию этих





**Рисунок 1. Образовательная программа для населения**

программ и в результате – к снижению охвата целевой популяции. А ведь это ключевой индикатор успешности вакцинных программ! Поэтому сегодня международные эксперты не рекомендуют проводить ВПЧ-тест как отборочный тест перед вакцинацией. В то же время ДНК-тестирование должно быть использовано в программе цервикального скрининга в соответствии с утвержденным алгоритмом диагностики.

Хотя эффективность вакцины в популяции сексуально активных женщин ниже, чем у девочек-подростков, и она уменьшается с возрастом женщины и с увеличением числа половых партнеров, практически все молодые женщины получают определенную пользу от вакцинации. Фармакоэкономическими исследованиями доказано, что массовая вакцинация до возраста 26 лет является экономически эффективной. Я еще раз хочу повторить, что, независимо от исходного ВПЧ-статуса, вакцинированные пациентки должны продолжать цервикальный скрининг. Только единство и сочетание первичной и вторичной профилактики, вакцинации и цервикального скрининга – залог успеха. Скрининг является необходимым условием долгосрочной оценки эффективности вакци-

нации, поскольку женщины все еще будут восприимчивы к оставшимся онкогенным типам ВПЧ, не связанным с вакцинными типами.

В результате исследований были получены интересные данные: Гардасил обладает способностью нейтрализовать два дополнительных онкогенных типа ВПЧ, 31 и 45. Они являются родственными 16 и 18 и отвечают за 8-9% случаев рака шейки матки. Дальнейшее изучение этих данных позволит уточнить, способна ли иммунная реакция, вызванная вакциной Гардасил, предотвратить инфицирование еще двумя типами ВПЧ.

Поскольку риск развития инфекции остается на протяжении всей сексуальной жизни, сегодня обсуж-

дается вопрос о вакцинации женщин более старшего возраста. Идут исследования иммуногенности, переносимости и эффективности Гардасила у женщин 26-45 лет. Что касается генитальных кондилом, то они одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин, причем именно мужчины являются переносчиками инфекции. Поэтому представляются очень важными исследования по оценке эффективности и безопасности вакцины Гардасил у мальчиков и молодых мужчин.

И в заключение я рада сообщить, что с начала октября в России стартовала обширная информационно-образовательная программа для населения по вопросам ВПЧ-инфекции и вакцинопрофилактики. На улицах крупных городов уже появились образцы наружной рекламы, привлекающей внимание к этой актуальнейшей проблеме (рисунок 1). Данная программа инициирована компанией «Мерк Шарп и Доум», которая создала вакцину Гардасил. Программу поддержали профессиональные организации акушеров-гинекологов, педиатров, детских инфекционистов. Эта тема будет широко освещена в электронных и печатных средствах массовой информации, в Интернете, подготовлено много научно-популярных, просветительских материалов для женщин. У меня очень большая просьба к врачам – всячески поддержать эту программу, когда пациентки будут обращаться к вам за консультацией по вопросам цервикального скрининга и вакцинации.



# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Вирус папилломы человека является не только стопроцентной причиной рака шейки матки, но вызывает также ряд других заболеваний. Однако шейка матки наиболее уязвима. Почему? Потому что на ней имеется зона трансформации, где постоянно идут процессы метаплазии. Для эпителиальных тканей других органов вирус папилломы не так страшен и он не выявляется в 100% случаев, но, в зависимости от локализации, достаточно часто. К заболеваниям, вызываемым ВПЧ и характеризующимся злокачественным течением, относятся, кроме рака шейки матки, рак вульвы, влагалища, гортани, полости рта, анального канала и перианальных областей, полового органа у мужчин. Возможны и доброкачественные поражения вышеназванных органов. Стоимость наблюдения и лечения больных с нецервикальными ВПЧ-поражениями очень высока, по данным американских авторов, около 418 млн долларов ежегодно. На лечение одних только генитальных кондилом затрачивается 167 млн долларов. Сегодня генитальные кондиломы – самое распространенное заболевание, вызываемое ВПЧ-инфекцией, как среди женщин, так и у мужчин. Заболеваемость растет во всех странах, в том числе в развитых. В США, например, ежегодно регистрируется четверть миллиона обращений к врачам по поводу этого заболевания. По клиническим проявлениям, по форме и размерам кондиломы очень разнообразны. Диагностика типичных случаев не составляет большого труда. Но если есть сомнения в правильности диагноза, необходима биопсия. Терапия генитальных кондилом недостаточно эффективна в 10-40% случаев, по данным разных исследований. Часто развиваются рецидивы. Хирургическое лечение генитальных кондилом требует госпитализации и пребывания в стационаре, что увеличивает стоимость лечения.

Поэтому такой огромный интерес во всем мире вызывает принципиально новое направление борьбы с генитальными кондиломами – вакцинация. Напомню, что вакцина Гардасил в своем составе содержит еще и антигены против 6 и 11 типа ВПЧ, которые вызывают генитальные кондиломы. И те испытания, которые проводились в мире, показали, что Гардасил практически в 100% случаев предотвращает развитие генитальных кондилом. Это данные в отношении девочек и девушек, но сейчас уже широко идут исследования с участием мальчиков. Кроме того, ВПЧ 6 и 11 типа в каждом четвертом случае являются причиной развития дисплазии I степени после кондилом, что сегодня также требует лечения и вызывает много тревог. Вакцинация должна решить и эту проблему.


Теперь о других нецервикальных заболеваниях, вызываемых ВПЧ. За последние годы заболеваемость раком вульвы выросла на 20%. Ассоциация рака вульвы с вирусом папилломы человека составляет от 40 до 70% по данным разных авторов. Но большинство исследователей сходится в том, что ВПЧ 16 типа является основной причиной развития рака вульвы и рака влагалища. Исследования Гардасила показали, что эта вакцина практически в 100% случаев предотвращает развитие предраковых поражений вульвы и влагалища, ассоциированных с ВПЧ 16 и 18 типа.

Еще одна интересная тема – анальный рак, вызванный ВПЧ. Информации об этом пока не очень много. Диагностируется он у нас тоже не очень хорошо, нередко люди обращаются уже на поздних стадиях. Наибольшее количество исследований сегодня проводится в отдельных группах населения, в том числе среди гомосексуалистов. Это интереснейшие данные, которые в последние годы стали публиковаться. Показано, что у геев в анальном канале практически в 60% случаев



**С.И. Роговская**, д.м.н., Научный центр гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова

имеется ВПЧ, и у 60% уже есть дисплазия эпителия анального канала II-III степени, в меньшей степени поражается эпителий полового члена.

Более редкое заболевание, вызываемое ВПЧ 6 и 11 типов – респираторный папилломатоз, встречается у детей, рожденных через инфицированные родовые пути. Болезнь может вызывать повреждение голосовых связок и обструкцию дыхательных путей, требует хирургического лечения, но таких маленьких пациентов не всегда удается спасти. И вакцинация тоже может быть эффективной. Ситуация с фарингеальным раком тоже достаточно тревожная. Если в отношении непосредственно ротовой полости, рака языка ассоциация с вирусом папилломы человека небольшая, то при фарингеальном раке в каждом втором случае находят ВПЧ 16 и 18 типов. Поэтому наш прогноз и наша надежда, что вакцина Гардасил защитит не только женщин от рака шейки матки, вульвы и влагалища, но и от целого ряда других ВПЧ-ассоциированных заболеваний, которым подвержены и дети, и женщины, и мужчины. 

# БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: НОВЫЕ

30 сентября 2008 г. в Москве в рамках IV съезда акушеров-гинекологов России при поддержке компании «Солвей Фарма» прошел симпозиум «Бактериальный вагиноз: новые возможности лечения и профилактики». Местом проведения стал зал «Амур» Центра международной торговли. В роли сопредседателей симпозиума выступили В.Е. Радзинский и В.М. Сидельникова. Прошедший симпозиум был посвящен применению одного из новых препаратов в акушерстве и гинекологии – Вагинорм-С®. Вагинорм-С® специально разработан для лечения и профилактики хронического, рецидивирующего бактериального вагиноза. Сегодня Вагинорм-С® не имеет аналогов на российском рынке.



Микроэкология влагалища – это сложная и многокомпонентная система, которая состоит не только из микрофлоры. Микрофлора – лишь одна из небольших составляющих ее частей, и в первую очередь следует обращать внимание на особенности строения, гистологическую структуру, биохимические свойства влагалищной жидкости. Анатомия определяет

## МИКРОЭКОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩА

функцию, за функцией идет состояние этой внутренней среды. Нами на протяжении ряда лет проводились исследования в Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга и в Москве, изучались составляющие влагалищной жид-

кости (более 120 различных биохимических показателей). Было определено, что у женщин репродуктивного возраста, беременных различного срока беременности, у женщин, страдающих нарушениями биоценоза, местный иммунитет играет немаловажную роль в развитии тех или иных патологических состояний.

Мы знаем, что лактобактерии поддерживаются во влагалище только при стабильном pH, который не должен превышать 4,5. Благодаря ферментативному брожению лактобактерий происходит превращение гликогена в молочную кислоту, тем самым поддерживается постоянство pH.

Эволюция микробиоценоза происходит определенными этапами, внутриутробный плод всегда стерилен. Однако у новорожденных девочек уже в первые часы жизни эта стерильность исчезает, что является нормой, и микрофлора влагалища колонизируется микрофлорой влагалища матери. В вагинальной флоре у новорожденных девочек начинают преобладать лактобактерии, в этот



# ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

период вагинальная микрофлора имеет сходство с микрофлорой матери. Становится ясным, насколько важно состояние микробиоценоза беременных женщин, поскольку именно от этого зависит состояние микрофлоры роженицы.

В период от 2 месяцев до пубертата микрофлора влагалища девочек относительно стабильна, но снижается общее количество микроорганизмов: наблюдается доминирование анаэробных и микроанаэробных бактерий в этот период. Значительное количество анаэробных и лактобактерий,

Факторы, которые влияют на изменение этого биоценоза, могут быть эндогенными, и среди них гормональные изменения – изменения гормонального статуса – стоят на первом месте, возможны нарушения в системе местного иммунитета, а также биохимические нарушения. Экзогенные факторы – это терапия антибиотиками, цитостатиками, избыточные спринцевания, смена половых партнеров и т. д. Бактериальный вагиноз – это болезнь цивилизации.


Итак, каждая экосистема защищается непосредственно биологической вариативностью и симбиозом. Существуют некоторые критические параметры, которые зависят от устойчивости, а также способны восстанавливать экосистему, – рН, сахара, гормоны. Можем ли мы каким-либо образом изменить эту вагинальную систему? В 1897 г. А.И. Замшин, петербургский акушер-гинеколог, писал во «Врачебной газете» о самоочищении влагалища. Первым в мире он показал, что это очень сложная система, но тогда мы не знали, как знаем сегодня, что она может самовосстанавливаться при определенных биологических позициях.

Для того чтобы восстанавливались собственные лактобактерии или те, что мы трансплантируем в виде различных препаратов, должны быть определенные условия, и главным, наиболее важным является восстановление рН – должна быть кислая реакция влагалища. Препарат, который мы использовали, когда у нас не было ничего другого: при помощи 3%-ного раствора молочной кислоты делали инстилляцию по 100 мл в течение 10 дней. А сегодня есть такие препараты, как Вагинорм-С® – это препарат, содержащий аскорбиновую кислоту, которая снижает рН влагалища, тем самым ингибирует рост бактерий, которые не



**Е.О. Кира**, д.м.н., профессор,  
академик РАЕН, заслуженный врач РФ

могут размножаться в кислой среде. Таким образом, при снижении рН влагалища в течение нескольких дней происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий и восстановление нормальной флоры (лактобациллы). То есть это витамин С, который используется для закисления среды влагалища. Мы сумели добиться результатов восстановления собственной микрофлоры, используя кислотные препараты, в частности Вагинорм-С®.

Такая схема лечения позволяет добиться очень высоких результатов. Когда лечение становится эффективным не менее чем в 90% случаев, и когда это доказано, мы можем говорить, что такие способы лечения должны быть рекомендованы, как в случае с терапевтической препаратом Вагинорм-С®. 

## И ЕЕ НАРУШЕНИЯ

молочно-кислого стрептококка – все зависит от особенностей строения и личной гигиены.

В период полового созревания микрофлора начинает подвергаться циклическим изменениям, и у девушек в этот период возникают определенные колебания половых стероидов. Эти изменения увеличивают количество лактобактерий, которые продуцируют перекись водорода. В пубертатный период происходит общее увеличение количества лактобактерий, и с 16 лет микрофлора девушки соответствует нормальной микрофлоре женщины репродуктивного возраста.

Нормальная вагинальная микрофлора – это соотношение аэробов и анаэробов, которое изменяется при различных ситуациях. У женщин в норме описано более 50 различных микроорганизмов, среди которых часто встречаются грамположительные палочки лактобактерий и целый ряд других микроорганизмов, которые находятся в строгом соотношении благодаря влиянию регуляции всей многокомпонентной системы.

# РОЛЬ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА В ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ

Занимаясь много лет проблемой невынашивания беременности, я всегда сталкивалась с инфекционными причинами привычной потери беременности, невынашивания, преждевременных родов. В мире у 40% всех преждевременных родов инфекционный генез прерывания беременности давно доказан. Чем меньше срок беременности, при котором прерывается беременность, тем чаще инфекция является этиологическим фактором ее прерывания. Около 45% – это бактериальный вагиноз. Определить истинную частоту встречаемости бактериального вагиноза сложно в связи с тем, что у многих женщин он протекает бессимптомно. Дисбактериоз часто ведет к прерыванию беременности даже тогда, когда он клинически не проявляется.

Чем опасен дисбиоз влагалища, или вагиноз? Вагиноз – это, во-первых, преждевременные роды, ранние преждевременные роды, это преждевременное излитие околоплодных вод, это внутриутробное инфицирование плода. Все недоношенные от самопроизвольных родов если не имеют сепсис, то имеют внутриутробную

пневмонию или другую инфекцию, поэтому их так трудно выводить – это не просто недоношенный ребенок, а это больной ребенок, и чаще всего инфицированный ребенок. Также мы имеем послеродовой эндометрит, который во много раз чаще поражает женщину, у которой есть эта патология, поэтому мы полагаем, что лечение вагиноза надо проводить и осуществлять постоянный контроль состояния влагалищной микрофлоры. Наши протоколы регламентируют, что при беременности достаточно двух мазков – в начале беременности и в конце. Необходимо требовать от наших организаторов здравоохранения возможности обследовать женщин. Особенное внимание мы должны уделять женщинам, которые готовятся к беременности, у которых есть риск инфекционных осложнений при беременности. Это те женщины, у которых есть воспалительные заболевания, рецидивирующий вагиноз, который не бывает самостоятельным, а чаще всего это кишечный дисбактериоз, и вторично страдает экология влагалища, поэтому, конечно, нужно проводить их обследование. И если

мы выявили вагиноз, то лечение должно быть комплексным, особенно если это рецидивирующая патология. Обязательно нужно контролировать гормональный профиль, и лучшее здесь – циклическое гормональное лечение, причем назначение и эстрогенов, а не только гестагенов во вторую фазу цикла. Это должна быть нормализация микрофлоры желудочно-кишечного тракта, здесь можно использовать на первом этапе энтérosорбенты, а потом восстанавливать флору с помощью лактобактерий (это могут быть Линекс, Бактисубтил и прочие препараты). И конечно, необходима общеукрепляющая, седативная терапия, витамины, антиоксиданты – все то, что может поднять иммунитет женщины. Потому что постоянное рецидивирующее нарушение экологии влагалища, желудочно-кишечного тракта вызывает состояние хронической усталости и стресса. Также необходимо контролировать мазки на предмет кандидоза. После лечения антибиотиком нарушается экология влагалища, поэтому необходима нормализации вагинальной флоры. Лечение антибиотиками, ликви-



# ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

руя патогенные микроорганизмы, не способно, к сожалению, создать условия для быстрого восстановления нормальной микрофлоры влагалища. Антибиотики уничтожают всю флору влагалища, в том числе и нормальные лактобактерии. А лактобактерии, применяющиеся для восстановления нормальной микрофлоры, не всегда эффективны, так как лактобактерии, входящие в их состав, выделены из кишечника и они очень плохо приживаются во влагалище. Поэтому необходимо средство, которое могло бы способствовать росту нормальных лактобактерий и поддерживать физиологическую среду для их жизнедеятельности.


В I триместре беременности у врачей до недавнего времени в принципе не было средств лечения вагиноза. И вот сейчас появился препарат Вагинорм-С<sup>®</sup>, содержащий высокий уровень витамина С. Аскорбиновая кислота совершенно безопасна при беременности на любом ее этапе. Препарат разрешен для применения у женщин во время беременности и лактации. Курс лечения – 6 вагинальных таблеток, по одной вводят 1 раз в день вечером перед сном. Достоинством служит постепенное растворение таблетки, что способствует пролонгированному действию препарата и предотвращает раздражение эпителия влагалища. Вагинорм-С<sup>®</sup> хорошо переносится и может применяться в течение длительного времени, что очень важно во время беременности, а также у пациенток с постоянно нестабильной вагинальной флорой. В подобных случаях постоянное применение антибиотиков или других препаратов, обладающих большим количеством противопоказаний и осложнений, невозможно, и врач находится в постоянном поиске хорошо переносимого, эффективного лечения, не имеющего противопоказаний к длительному применению. Вагинорм-С<sup>®</sup> в таком случае является прекрасным пре-

паратом для проведения подобного лечения. Конечно, за один курс не всегда удастся вылечить эту патологию, пока не восстановишь экологию кишечника, особенно если бактериальный вагиноз рецидивирует. Но при беременности этим заниматься практически нет возможности. Поэтому особенно важно, что на любом этапе беременности можно применять Вагинорм-С<sup>®</sup>.

Вагинорм-С<sup>®</sup> – высокоэффективный препарат, действие которого направлено не только на лечение бактериального вагиноза, но и на профилактику рецидивов. Профилактика рецидивов позволит снизить инфекционно-воспалительные заболевания и различные акушерские осложнения, ассоциированные с бактериальным вагинозом, что будет способствовать улучшению репродуктивного здоровья женщин. Течение беременности требует к себе очень внимательного отношения, контроль инфекционных нарушений должен осуществляться в процессе беременности. Если при контроле биоценоза влагалища все хорошо – делать ничего не надо, но если вы увидели на кон-



**В.М. Сидельникова,**  
д.м.н., профессор, Научный центр акушерства,  
гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова

троле патологию, какие-то изменения – надо принимать меры. Тогда нужно и соответствующее лечение. Поэтому, мне кажется, что в наших протоколах 2 мазка за беременность – этого явно недостаточно, ведь мы понимаем роль инфекции в прерывании беременности и рождении больного недоношенного ребенка. Поэтому я вас призываю делать свой рабочий протокол и более внимательно относиться к этой патологии. 



# ВАГИНОРМ-С® – НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА




**E. Petersen**, профессор, Германия

Какова нормальная вагинальная микрофлора? Это низкое значение рН, около 4. рН определяется только лактобактериями, если рН повышается, то тогда лактобактерий нет. Если рН выше, это говорит о том, что очень мало лактобактерий, но могут присутствовать какие-то другие бактерии. Очень высокие значения рН означают атрофический эпителий – атрофический вагинит. Лактобактерии являются составляющей микрофлоры, которую мы сразу же видим в микроскоп, но сами лактобактерии представляют собой разнородные группы. Существует более 50 разных видов лактобактерий в природе. Они вырабатывают молочную кислоту, которая поддерживает низкий уровень рН. Почему же происходит нарушение вагинальной микрофлоры? Есть умеренные, слабые и выраженные нарушения. Мы должны уметь выявлять сильные нарушения. При низкой концентрации факультативные бактерии не играют серьезной роли. Например, *Candida albicans*.

В культуре можно найти *Candida albicans* у 15% женщин. Но это так называемый статус колонизации. Нет никакого воспаления, нет вагинита – но при высоких концентрациях они становятся фактором риска. Только эти патогены для меня являются действительно патогенами. Наиболее опасные бактерии, обитающие во влагалище, – это стрептококки группы А. Бактериальный вагиноз может привести к ощущению дискомфорта, к выделениям, ощущению влажности, запаха, дискомфорта для полового партнера. Но проблема не только в эстетических ощущениях. Есть и риск инфекции. То есть бактерия может пойти вверх в матку, и это происходит под воздействием некоторых ферментов, вырабатываемых анаэробными бактериями. И так, как же мы должны лечить бактериальный вагиноз? Если микрофлора вырабатывается собственным кишечником, я имею в виду – патогенная, мы должны изменить условия и уменьшить уровень рН во влагалище. Иллиминацию этих микроорганизмов из организма мы провести не можем. Мы даем только местную терапию. Антибиотик убивает молочные бактерии, лактобактерии. Мы этого не хотим. Мы, наоборот, хотим восстановить уровень лактобактерий, поэтому мы начинаем с молочной кислоты. В Германии у нас есть новый препарат Вагинорм-С®. Он имеет свои преимущества. Он не только поддерживает окисление, но и является витамином. Витамин С работает как мягкий иммуномодулятор. Лак-

тобактериям нужно создать определенные условия для того, чтобы они выжили во влагалище, чтобы сам организм определил, какие хорошие бактерии в дальнейшем ему будут нужны, и начал поддерживать их рост.

Что не является показанием для применения препарата Вагинорм-С? Это очень важно знать каждому врачу. Противопоказаниями являются воспаления, вагинит, и поэтому микроскоп – такой важный инструмент для нас. Нужно уметь поставить дифференциальную диагностику: вагинит это или вагиноз. При вагините женщина может ощущать боль, жжение. Если вы добавите Вагинорм-С®, то эти ощущения лишь усилятся. Но после терапии можно восстановить рост лактобактерий с помощью Вагинорма-С®. Одно из основных показаний для назначения Вагинорма-С® – это беременность. У 50% беременных есть бактериальный вагиноз. Очень просто нормализовать микрофлору влагалища, назначая Вагинорм-С®. Мы должны стремиться к нормализации микрофлоры влагалища уже с раннего периода беременности и поддерживать ее в нормальном состоянии до самых родов. Лечение бактериального вагиноза особенно важно при беременности для профилактики преждевременных родов. В Германии 5% беременных женщин рожают до 37-й недели, а у 1% разрешение беременности наступает до 32-й недели. Для этих женщин терапия препаратом Вагинорм-С® безусловно показана. 





# Новый путь лечения бактериального вагиноза



 SOLVAY  
PHARMA

# МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ

24-25 ноября 2008 года в Центральном доме ученых РАН состоялась научно-практическая конференция «Репродуктивное здоровье – междисциплинарные аспекты», посвященная Году семьи в Российской Федерации. Организаторами мероприятия выступили Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Российское общество акушеров-гинекологов, Координационный совет по здравоохранению центрального федерального округа России. В конференции приняли участие акушеры-гинекологи, урогинекологи, иммунологи, врачи общей практики из Москвы, различных регионов России и стран ближнего зарубежья. В рамках открытия конференции состоялось пленарное заседание, на котором ведущие ученые выступили с докладами по приоритетным вопросам, связанным с репродуктивным здоровьем.



**Г.Т. Сухих**, академик РАМН, профессор, д.м.н.  
Научный центр акушерства,  
гинекологии и перинатологии РАМН

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосоциальных отношениях семьи. Репродуктивное здоровье может зависеть от национальных особенностей, культуры и образования, религиозных, социально-экономических и медико-организационных факторов.

## КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Ежегодно в России отмечается сокращение численности населения на 700-800 тыс. человек. Средний возраст начала половой жизни в нашей стране составляет 16-19 лет. С каждым годом растет или, по крайней мере, не уменьшается подростковая беременность: на 1000 девушек 90 случаев. Количество аборт в Российской Федерации также велико. Кроме того, ежегодно от рака шейки матки в нашей стране умирает 6700 женщин. На этом фоне утешительно выглядят данные по материнской смертности в России, которая, по сравнению с 1997 годом снизилась с 54,8 до 26,2% на 100000 родившихся живыми (рисунок 1).

В настоящее время междисциплинарной проблемой является избыточный вес. Ожирение напрямую влияет и на репродуктивное здоровье женщины, поскольку имеет массу осложнений: гипертоническая болезнь, почечная недостаточность, высокая степень риска инсультов как геморрагических, так и ишемических, диабет и метаболический синдром, а в конечном счете – сердечная недостаточность, развитие атеросклероза. Проблемы репродуктивного здоровья отличаются в разных возрастных группах. В 10-19 лет можно назвать раннее деторождение, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя или наркотиков). В период репродуктивного

возраста факторами, влияющими на репродуктивное здоровье, являются незапланированная беременность, аборт, заболевания, передающиеся половым путем, гиперпластические процессы (эндометриоз, миома), осложнения беременности. В пострепродуктивном возрасте возникают такие проблемы, как ССЗ, онкология, остеопороз, диабет, менопауза и т. д. Бесплодие – демографическая проблема, которую нельзя решить только при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. Это огромная работа: начиная с процесса гестации, поддержки нормальной беременности, родов, а затем развития ребенка, вначале



# РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

девочки, потом подростка-девушки, и затем уже женщины репродуктивного возраста. Когда мы говорим о том, что мы закладываем здоровье еще в периоде беременности, мы совершенно четко отдаем себе отчет, что говорим правду. Потому что перинатальное программирование действительно отражает всю суть проблемы репродуктивного здоровья, т.к. происхождение многих будущих болезней взрослого име-

да современная женщина вначале получает блестящее образование, потом делает карьеру, а деторождение откладывает на рубеж 28-32 лет, а иногда и более поздний срок, следует иметь в виду, что биология репродукции свидетельствует об оптимальном возрасте – период репродуктивности длится с 18 до 32 лет, а затем у женщины начинается драматическое снижение не только фолликулярного фона, но,

Приоритеты исследований в акушерстве и гинекологии отдаются пренатальным детерминантам, ранним потерям беременности, преждевременным родам, преэклампсии, внутриутробной задержке роста, сохранению фертильности, эндометриозу, миоме матки, хроническим тазовым болям, недержанию мочи и патологиям тазового дна. В нашем Центре обследуются, проходят курс лечения и рожают здо-

# РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ют свою сопряженность с ранним эмбриональным и наиболее часто с ранним перинатальным периодом. Среди основных направлений работы, направленных на поддержание и продление здоровья наших женщин, можно выделить прекоцепционное наблюдение (планирование семьи) и просвещение, антенатальное наблюдение, профилактику и лечение инфекций мочеполовой системы, предупреждение и лечение онкозаболеваний репродуктивного тракта, роды и послеродовое наблюдение.

На страницах профессиональной литературы и масс-медиа обязательно нужно говорить о том, что несмотря на общие тенденции, ког-



самое главное, качества овоцитов. Сегодня мы имеем возможность заниматься молекулярной биологией на уровне генома, и в этом плане достигнуто очень много. Теперь мы имеем возможность диагностировать заболевания репродуктивной системы на ранних стадиях. Новые открытия делают возможным индивидуализировать лечение рака путем 16 информативных генов и проверку образцов опухоли на мутации в этих генах. С помощью генных исследований можно предсказать, кто из пациентов нуждается в химиотерапии. Эффект применения новых методик колоссален: 100000 женщин ежегодно могут делать более осознанный выбор, 70000 женщин не должны подвергаться химиотерапии, за счет чего снижается стоимость их лечения.

ровых детей женщины с различными патологиями, в том числе и с трансплантированной почкой. Мы сейчас стараемся сделать все, чтобы в наш Центр перешел Центр дистанционного диабета. Это позволит создать истинную кардиологию для наших пациенток, учитывающую все особенности патологии беременных, и, соответственно, особенности лекарственной терапии. Междисциплинарных вопросов по проблемам репродуктивного здоровья очень много. Но все они решаемы, поскольку в нашей стране очень много блестящих коллег-профессионалов. Взаимодействие с ними, профессиональный консенсус – единственный путь, ведущий к решению проблем, существующих на сегодняшний день в акушерстве и гинекологии.



# ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ



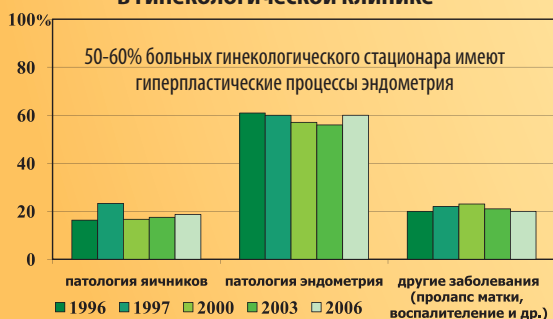
**В.Г. Бреусенко**, д.м.н., профессор, РГМУ

Заболееваемость раком эндометрия составляет 13,3% и занимает второе место в структуре злокачественной патологии органов репродукции, уступая лишь раку молочной железы. Чаще всего причиной онкозаболеваний эндометрия являются гиперпластические процессы эндометрия, встречающиеся у 50-60% пациенток гинекологического стационара в перименопаузальном периоде (рисунок 1). Их своевременная диагностика и лечение – основная профилактика развития онкологических заболеваний. К методам лечения гиперпластических процессов эндометрия относится гистероскопия в сочетании с диагностическим выскабливанием, гормонотерапия, абляция эндометрия (электрохирургическая, лазерная, баллонная термоабляция), гистерэктомия, лапароскопическая

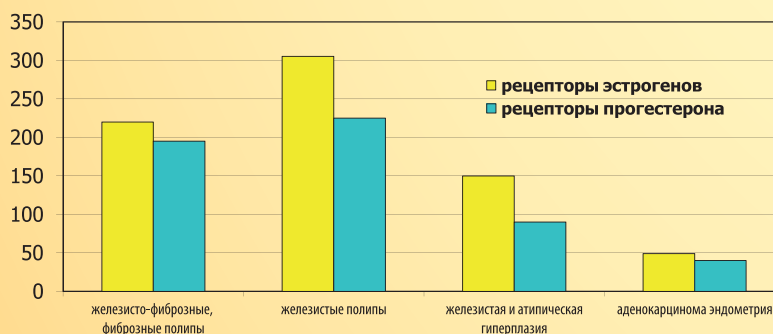
двусторонняя аднексэктомия. Выбор метода лечения определяется характером патологии эндометрия, экстрагенитальными заболеваниями, наличием противопоказаний к гормонотерапии, ее переносимостью, состоянием яичников (опухоль, текоматоз), наличием деформации полости матки (субмукозная миома, перегородка). В нашей клинике накоплен огромный опыт применения различных методов лечения патологий эндометрия. Одним из самых эффективных методов диагностики внутриматочной патологии и удаления эндометрического очага сегодня является гистероскопия. Метод показан при атипичической гиперплазии, сочетанных патологиях внутренних половых органов, рецидивирующей гиперплазии, железистых полипах эндометрия, в случае неэффективности гормонотерапии, наличии противопоказаний к ней или отсутствии возможности проведения абляции эндометрия. Ограничивающими факторами для вагинальной гистерэктомии можно назвать: новообразования яичников, спаечный процесс в малом тазу, большие размеры матки. Преимущественным оперативным доступом при этом методе является лапароскопический. Он характеризуется малой травматичностью, незначительной кровопотерей, ранней реабилитацией, низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствием ограничивающих факторов для проведения операции.

Наряду с оперативными методами терапии, различные патологии эндометрия хорошо поддаются лечению в сочетании с гормональной терапией. Но прежде чем начать гормональную терапию, нужно определиться, эффективна ли она. Гормонотерапия будет эффективна при наличии достаточной концентрации рецепторов эстрогенов и прогестерона (рисунок 2). При гиперплазии, например, достаточная концентрация рецепторов обнаруживается лишь у 55% пациенток, а при атипичической гиперплазии – у 30%. Наиболее высокая концентрация рецепторов имеется при полипах эндометрия, особенно при железистых полипах. Наилучший эффект наблюдается при лечении полипов эндометрия с помощью лазерной абляции, однако более безопасной является баллонная абляция. До освоения методики лапароскопической гистерэктомии, нами была выполнена лапароскопическая двусторонняя аднексэктомия у 320 пациенток с рецидивирующими полипами и железистой гиперплазией эндометрия. Метод, к сожалению, не оправдал надежд – рецидив заболевания проявился в 12% случаев, а рак эндометрия в 0,6%. Обследование и лечение патологий эндометрия должны осуществлять не только гинекологи, но и эндокринологи, терапевты. Только создание такой профессиональной системы позволит снизить заболеваемость раком эндометрия.

**Рисунок 1. Структура гинекологической патологии у пациенток периода постменопаузы в гинекологической клинике**



**Рисунок 2. Концентрация рецепторов эстрогенов и прогестерона у больных с патологией эндометрия в постменопаузе (фмоль/мг)**



# ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. ДСТ имеет следующие формы: дифференцированные (синдромные или системные) и недифференцированные (изолированные). При недифференцированной дисплазии могут встречаться осложнения со стороны сердечно-сосудистой (ССН, аритмии, разрыв аневризмы, тромбоз, тромбоз, тромбоз, кровотечения) (рисунок 1) и бронхо-легочной (дыхательная недостаточность, бронхиальная обструкция) систем, половых органов (бесплодие, недержание мочи), опорно-двигательного аппарата (привычные вывихи, вторичный остеоартроз).

Фенотипические особенности при дисплазии соединительной ткани: астенический тип конституции, высокий рост, гипотрофия, относительное преобладание длины конечностей, повышенная растяжимость кожи, воронкообразная грудная клетка, сколиоз, плоскостопие, признак большого пальца, признак запястья, гипермобильность других суставов.

Распространенность ДСТ у лиц молодого возраста, по данным разных авторов, колеблется от 14 до 85%. Среди школьников эти цифры составляют 53%, среди лиц среднего и пожилого возраста – 42%.

Хронический дефицит Mg в течение нескольких месяцев может приводить к общему снижению тонуса мускулатуры, тахикардии, судорогам, резко выраженной астенизации, вплоть до формирования синдрома хронической усталости и ДТС, поэтому патогенетические подходы к коррекции ДТС включают в себя, прежде всего, коррекцию уровня микроэлементов (Mg, Zn, Fe, селен). Сбалансированная


диета должна содержать не менее 400 мг Mg/сутки. Если это не представляется возможным, пациенту следует назначать препараты Mg, например, Магнерот (оротат магния). Согласно исследованиям, использование Магнерот для лечения пациентов с ДСТ приводит к достоверному повышению содержания магния в ротовой жидкости, улучшению субъективного самочувствия, устранению вегетативной дисрегуляции за счет снижения симпатических и восстановления парасимпатических влияний, а также приводит к уменьшению (на 55%) экстрасистол и в 27,5% случаев исчезновению желудочковых аритмий.

Наравне с этим, коррекция ДСТ включает в себя витаминотерапию с нейротропным механизмом действия, коррекцию гиперсимпатикотонии, психокоррекцию, вазоактивную, антиоксидантную, иммуномодулирующую терапию, и, по показаниям, хирургическое лечение.

В феврале 2008 г. в Санкт-Петербурге, по окончании Всероссийского симпозиума по проблемам диагностики и лечения



**А.И. Мартынов**, д.м.н., профессор, МГМСУ

диспластического сердца, состоялось заседание Совета экспертов и Рабочей группы, посвященное проблеме ДСТ. Задачей заседания стала подготовка «Первых национальных рекомендаций по диагностике и тактике ведения больных с ДСТ». Внимание к этой проблеме будет соответствующим стимулом для более пристального изучения ДСТ специалистами, особенно в области акушерства и гинекологии. 



**Рисунок 1. ДСТ – разрыв аневризмы дуги аорты(слева); множественные ложные хорды левых и правых отделов сердца(справа)**

## ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТОЗА



**И.С. Сидорова**, д.м.н., профессор,  
ММА им. И.М. Сеченова

Приближение состояния гестоза можно распознать по его ранним признакам. К ним относятся отеки, обусловленные повышенной жаждой, снижением диуреза, никтурией, усилением гидрофильности тканей, артериальная гипертензия 140/90 мм рт. ст. и более с резкими колебаниями, а также протеинурия.

Профилактика гестоза в женской консультации ставит перед собой целью сохранение физиологического течения беременности и предупреждение возможных осложнений. Пациенткам рекомендуется лечебно-охранительный режим, питание в пределах 3000 ккал/сутки, ограничение потребления соли и выпитой жидкости (до 1500 мл) корригирующая гимнастика в постели.

Медикаментозная профилактика гестоза имеет продолжительность до 3-4 недель. Ее проведение целесообразно проводить, начиная с 16-й недели беременности, что обусловлено необходимостью адекватного кровоснабжения плаценты – именно в этот период скорость роста плода наиболее интенсивна. В курс, для оптимального уровня энергетического обеспечения, как правило, включено несколько препаратов.

Наиболее патогенетически обоснованы для лечения и профи-


лактики нарушений в сосудисто-тромбоцитарном звене, микроциркуляции и гемостазиологических сдвигах Аспирин – 50 мг/сутки до 37 недели, 4 недели Пентоксифилин – 100-200 мг 2 раза/сутки и Курантил – 25мг 2 раза/сутки.

С целью активации обмена веществ, улучшения микроциркуляции в плаценте, повышения метаболизма клеток пациенткам назначается в течение 2-3 недель Акттовегин – 200 мг 2 раза/сутки, Эссенциале форте – 2 т. 3 раза/месяц, Витамин В<sub>6</sub> – 1 мл 1 раз/день, Витамин Е – 100-200 мг 1 раз/сутки, Магне В<sub>6</sub> – 2 т. 3 раза/сутки (1 неделю), 2 т. 2 раза/сутки (1 неделю), 1 т. 2 раза/сутки (до конца беременности).

Препараты магния: Магне В<sub>6</sub> (комбинированный препарат, состоящий из соли Mg и витамина В<sub>6</sub>), Панангин (аспаркам) – источник ионов Mg и K.

В целях профилактики гестозов беременным женщинам показаны к применению специальные витаминные комплексы: Ветрон (бета-каротин, витамин С, витамин Е), АлфаВИТ – мамино здоровье,

содержащий все необходимые витамины, минералы и микроэлементы. Состав комплекса АлфаВИТ разработан таким образом, что каждая его таблетка включает только совместимые компоненты и обладает «целевым действием». Например, таблетка «Железо+» содержит железо, витамин В<sub>1</sub> и фолиевую кислоту, а таблетка «Антиоксиданты» – витамины С, Е, бета-каротин и йод. Наиболее полноценный, сбалансированный витаминный комплекс – Центрум Матерна. Одна таблетка Центрум Матерна в день удовлетворяет потребность в витаминах, минералах и микроэлементах у женщин до и во время беременности, а также в период кормления грудью.

Клинический эффект профилактики гестозов заключается в улучшении центральной гемодинамики и микроциркуляции, снижении общего сосудистого сопротивления и снижении АД, возрастании оксигенации плода за счет восстановления аэробного метаболизма в ткани плаценты, повышении устойчивости тканей организма плода к гипоксии. 



# МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ

Наряду со многими благами наше человечество получило множество негативных факторов, безусловно, отразившихся на здоровье людей, в том числе и мужчин. Это химические вещества, ионизирующее излучение, лекарства, курение и употребление алкоголя, определенное питание, воздействие высоких и низких температур и многое другое. Ни для кого не секрет, что сегодня Россия находится в состоянии демографического кризиса, а к 2050 году численность населения нашей страны сократится на 200 миллионов человек.

К сожалению, мужчины в России в большей степени, чем женщины подвержены воздействию различных негативных процессов, и в среднем их продолжительность жизни на 13 лет меньше. Уровень рождаемости у нас слишком низок и составляет 1,3%. Огромное количество молодых мужчин погибло в ходе вооруженных конфликтов. Наша страна находится на втором месте в мире по количеству суицидальных смертей, где основное количество погибших составляют также мужчины. Кроме того, мужчи-

ны чаще, чем женщины гибнут или получают увечья на производстве, а по мужскому бесплодию Россия занимает одно из первых мест в мире.

Частота урологических заболеваний среди школьников в различных регионах РФ достигает иногда 50%. Безусловно, мы должны помнить и о том, что сегодняшний мальчик – это завтрашний мужчина, поэтому любимыми патологиями репродуктивной сферы нужно заниматься в раннем возрасте. Для этого необходимо взаимодействие репродуктологов, урологов, педиатров.

На репродуктивную функцию негативно влияют системные заболевания – различные эндокринопатии, хронические заболевания дыхательных путей, инфекционно-воспалительные, сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, атеросклероз, заболевания почек и печени, требующие проведения гемодиализа. Во многих случаях лечение мужского бесплодия требует хирургической коррекции. В урологической практике также широко применяются и различные вспомогательные



**А.А. Камалов**, д.м.н., профессор,  
 НИИ урологии МЗ РФ

репродуктивные технологий. За последние десятилетия произошли значительные, поистине революционные изменения в диагностическом и лечебном подходе к мужскому бесплодию.

Приоритетными и перспективными направлениями в области проблем, касающихся репродуктивной функции мужчин, являются: развитие исследований на молекулярном и генетическом уровнях, позволяющие оценить тонкие механизмы сперматогенеза и оплодотворения, разработка и внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий (методов вспомогательной репродукции, новых способов стимуляции сперматогенеза, развития клеточных технологий, совершенствование техники малоинвазивных оперативных вмешательств). Восстановление и поддержание соматического и психосоциального здоровья мужчин с помощью методов высокотехнологичной медицинской помощи является на сегодняшний день приоритетным направлением в дальнейшем развитии современной медицины, которое может способствовать не только охране здоровья мужского населения, но и в целом обеспечить будущее государства и нации. **ЭФ**



# СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Zambon

25 ноября 2008 в рамках научно-практической конференции «Репродуктивное здоровье: междисциплинарные аспекты» состоялся сателлитный симпозиум «Современные взгляды на антимикробную терапию мочевых путей при беременности», организованный итальянской фармацевтической компанией «Замбон». В работе симпозиума ведущие акушеры-гинекологи России рассмотрели основные подходы к бактериальной терапии при беременности, уделив особое внимание фосфомицину трометамолу (Монуралу) – препарату первого выбора в лечении инфекций нижних мочевых путей у беременных.



**И**нфекции мочевыводящих путей – это основная эстрогенитальная причина, по которой возникают осложнения у беременных женщин. Казалось бы, мы должны великолепно разбираться в этой проблеме. Однако на практике это далеко не всегда так.

По локализации МВП выделяют:

– инфекции верхних мочевых путей (острый и хронический пиелонефрит, абсцесс почек, карбункул почек);

– инфекции нижних мочевых путей (острый цистит, уретрит, бессимптомная бактериурия).

И уже на этом этапе практикующие врачи могут заметить, что у нас существуют совершенно другие диагнозы в истории болезни, которые не имеют никакого отношения по большей части к пиелонефриту – эти диагнозы ставятся только на основании очень незначительных

изменений в общем анализе мочи. По характеру течения инфекции МВП делятся на неосложненные и осложненные. Неосложненные инфекции возникают при отсутствии обструктивных уropатий и структурных изменений в почках и МВП, а также у пациентов без серьезных сопутствующих заболеваний. Осложненные инфекции возникают у пациентов с обструктивными уropатиями, на фоне инвазивных методов обследования и лечения, серьезных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, почечная недостаточность, иммуносупрессия и др.).

Инфекция мочевыводящих путей во время беременности – это, безусловно, осложненная инфекция, поскольку есть элементы обструктивной уropатии и иммуносупрессивного состояния, которое сохраняется на протяжении всей беременности. Это имеет определенное

значение, когда мы расцениваем длительность предлагаемой антибактериальной терапии.

**Эпидемиология ИМП у беременных.** Бессимптомная бактериурия встречается по данным различных источников от 2 до 13% случаев, в среднем это около 6% от общей популяции беременных женщин. Это значительные цифры – показатель бессимптомной бактериурии у беременных в 2-3 раза выше, чем у небеременных женщин. Острый цистит – 1-2%, острый пиелонефрит – также 1-2%. В итоге получается, что 10% беременных женщин на протяжении беременности страдают той или иной формой инфекции мочевыводящих путей, и это очень значительная и социально-экономическая, и медицинская проблема.

**Патогенез ИМП у беременных.** Достаточно хорошо известно, что механическое сдавление мочевых



# АНТИМИКРОБНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

путей происходит от растущей матки, причем в основном это характерно для второго триместра беременности. Снижение тонуса мочеточников и мочевого пузыря за счет прогестеронного блока, и, наконец, это увеличение pH мочи, гликозурия и иммуносупрессии.

**В результате инфекции мочевыводящих путей у беременных приводят к очень значительным проблемам. Среди возможных осложнений следует выделить анемию, гипертензию, преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, и, наконец, рождение детей с низкой массой тела – менее 2500 г. В результате перинатальная смертность возрастает у таких пациенток в три раза.**

Учитывая серьезность этой проблемы разработан стратегический подход к ведению таких пациентов. И он основывается на скрининговом обследовании всех беременных на бактериурию при первом посещении врача. В России, к сожалению, ни в одной клинике скрининг не производится. Почему же так важно скрининговое обследование? Дело в том, что при получении

этого первого отрицательного результата и при отсутствии факторов риска и симптоматики инфекций мочевыводящих путей, дальнейших культуральных исследований уже не требуется. Риск развития инфекции мочевых нижних путей для таких пациентов очень низок, он составляет 1-2%, и это не требует дополнительных исследований.

Чаще всего за рубежом это первое скрининговое обследование производится в 16-17 недель беременности. То есть это примерно начало второго триместра беременности, когда матка выходит за пределы малого таза.

**Этиология ИМП у беременных.** Чаще всего этиологическим фактором развитием инфекций мочевых путей у беременных является кишечная палочка – 80%.

Однако в последнее время происходят значительные изменения. По данным многоцентрового исследования АРИМБ (2003), которое выполнялось в нашей стране, оказалось, что имеется тенденция к некоторому снижению количества кишечной палочки и ее этиологической роли – она составляет 63% (рисунок 1). Наблюдается увеличение других представителей микроорганизмов – как грамотрицательных, так и грамположительных. Это следует учитывать, потому что скорее всего по истечении некоторого времени мы будем все чаще и чаще сталкиваться с проблемами антибактериальной терапии, т.к. эти микроорганизмы уже гораздо менее чувствительны к тем стратегическим антибактериальным программам, к которым мы привыкли.

## ДИАГНОСТИКА ИМП

**Бессимптомная бактериурия.** По международным стандартам, которые мы обязаны соблюдать, диагноз бессимптомной бактериурии ставится если:

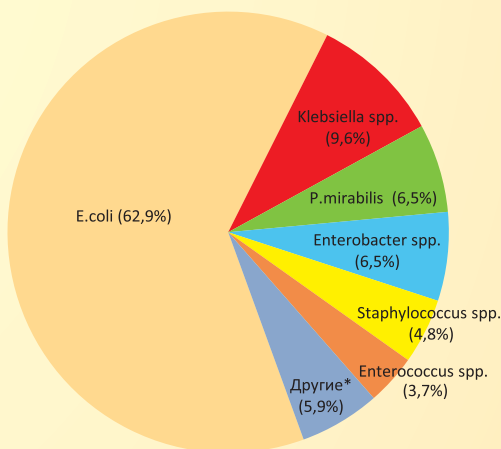


**А.П. Никонов**, д.м.н., профессор  
ММА им. И.М. Сеченова

- бактериурия  $\geq 10^5$  КОЕ/мл;
- при принадлежности микроорганизмов к одному и тому же виду;
- в двух пробах, как минимум, произведенным с интервалом более 24 часов;
- отсутствие клинических признаков инфекции;
- пиурия +/-.

**Острый цистит.** При диагностике острого цистита проявляется клиническая симптоматика:

- дизурии, частые императивные позывы на мочеиспускание, боль над лобком;
- пиурия при остром цистите – обязательна, то есть в 1 мкл нецентрифугированной мочи количество лейкоцитов  $\geq 10$ ;
- бактериурия характеризуется двумя критериями –  $\geq 10^2$  КОЕ/мл (для колиформных микроорганизмов) и  $\geq 10^5$  КОЕ/мл (для других уропатогенов).



\* P.aeruginosa – 2,2%, S.agalactiae – 2,2%, Candida spp. – 0,5% и др. – 1%.

АРИМБ. 2003 г.

**Рисунок 1. Этиология ИМП у беременных**

**Острый пиелонефрит.** При этом заболевании наблюдается яркая клиническая симптоматика:

- лихорадка (температура более 38°C, озноб, тошнота, рвота, боли в поясничной области, дизурия;
- выраженная пиурия,  $\geq 10$  лейкоцитов в 1 мкл нецентрифугированной мочи;
- выраженная бактериурия,  $\geq 10^4$  КОЕ/мл.

Необходимо отметить, что при остром пиелонефрите в подавляющем большинстве случаев (75%) поражается правая почка, в 10-15% случаев – левая почка или наблюдается двухсторонний процесс.

## ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ИМП ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Основная проблема, с которой сталкиваются врачи, состоит в том, что подавляющее большинство лекарственных препаратов, которые применяются в урологии, невозможны для применения во время беременности. Сульфаниламиды вызывают ядерную желтуху и гемолитическую анемию у новорожденных. Использование *триметоприма* приводит к нарушению иннервации. *Нитрофураны* вызывают гемолитическую анемию в III триместре беременности. *Аминогликозиды* оказывают нефротоксическое и ототоксическое действие. *Хинолоны и фторхинолоны* приводят к артропатиям. *Нитроксолин* – препарат, который по непонятной причине до сих пор существует во врачебных прописях и в урологии, и в акушерстве, и в гинекологии, он вызывает периферические полиневриты и атрофию зрительного нерва. В подавляющем большин-

## Рекомендуемые схемы:

7  
дней

- **ФОСФОМИЦИН ТРОМЕТАМОЛ** 3 г однократно
- **АМОКСИЦИЛЛИН / КЛАВУЛАНАТ** 375–625 мг, 2–3 р/сут
- **ЦЕФУРОКСИМ АКСЕТИЛ** 250–500 мг, 2–3 р/сут или **ЦЕФТИБУТЕН** 400 мг, 1 р/сут

## Альтернативная схема:

- **НИТРОФУРАНТОИН** 100мг, 4 р/сут – 7 дней

**Рисунок 2. Антибактериальная терапия инфекции нижних отделов МВП у беременных**

стве стран он просто запрещен. Он не обладает никакой эффективностью в отношении основных уропатогенов.

Что же у нас остается? **FDA для лечения инфекции нижних отделов МВП у беременных рекомендует всего лишь три группы препаратов: пенициллины, и их производные, цефалоспорины и фосфомицин трометамол.**

Схема антибактериальной терапии инфекции нижних отделов МВП у беременных представлена на рисунке 2. Длительность терапии – семь дней. В последнее время появилось достаточно много публикаций, в которых говорится о том, что можно уменьшить длительность антибактериальной терапии до 3-5 дней. Однако, учитывая то, что инфекция мочевыводящих путей – это осложненная патологическая инфекция у беременных, во всех международных стандартах длительность терапии остается прежней – 7 дней. **Единственный препарат, который назначается однократно, – это фосфомицин трометамол (Монурал).**

Несомненными преимуществами обладает супрессивная терапия нижних отделов МВП у беременных. **Рекомендуемая схема: фосфомицин трометамол 3 г каждые 10 дней до родоразрешения и 2 недели после родов.**

Схема ведения беременных с инфекцией нижних отделов МВП представлена на рисунке 3. При постановке диагноза бессимптомной

бактериурии или острого цистита назначается семидневный курс терапии или одна доза терапии фосфомицином. Затем проводится контрольное культуральное исследование мочи через 7-14 дней. В случае удачи – терапия заканчивается. При неудаче необходим повтор курса терапии с последующим бактериологическим контролем. Если повторный курс неудачен, то пациентке рекомендуется бактериологический контроль мочи ежемесячно, вплоть до родов. Если и повторный курс терапии неудачен, есть два стратегических подхода. Это супрессивная терапия до родов и 2 недели после родов с ежемесячным бактериологическим контролем. И второй момент – это исключение осложненных форм инфекции мочевыводящих путей.

**Терапия острого пиелонефрита у беременных.** Здесь ни о какой амбулаторной терапии речи не идет. В этом случае необходима госпитализация. При остром пиелонефрите назначается парентеральное введение антибактериальных препаратов: защищенные аминопенициллины, цефуоксин, цефтриаксон или цефотаксим. Длительность терапии продолжается в течение двух недель, это тяжелое состояние. Алгоритмы ведения беременных с острым пиелонефритом:

- госпитализация;
- бактериологическое исследование крови и мочи;
- контроль выделительной функции почек;





Рисунок 3. Ведение беременных с инфекцией нижних отделов МВП

- мониторинг жизненно-важных функций – респираторный дистресс, септический шок;
- парентеральное назначение антибиотиков;
- в случае отсутствия улучшения в течение 48-72 часов есть два решения. Первое связано с обструкцией мочевых путей. И тогда это хирургическое лечение, т.е. катетеризация мочеточников или оперативное лечение мочекаменной болезни.

Если это резистентность микроорганизмов, то необходима смена антибиотиков под постоянным бактериологическим контролем. И, наконец, это супрессивная терапия до окончания беременности и две недели после родов.

Если это резистентность микроорганизмов, то необходима смена антибиотиков под постоянным бактериологическим контролем. И, наконец, это супрессивная терапия до окончания беременности и две недели после родов.

**Резистентность к антибиотикам, штаммам кишечной палочки** – основного уропатогена у беременных в России. По данным многоцентрового исследования АРИМБ (2003), кампицилину устойчиво 32% штаммов, поэтому мы не должны использовать незащищенные пенициллины, т.к. это малоэффективно. Резистентность к Ко-тримоксазолу составляет 14,5%, ципрофлоксацину – 6%. Мы можем применять нитрофурантоин, устойчивость к которому составляет 4,3%, у гентамицина сохраняется чувствительность (4,3%), но его нельзя применять во время беременности. Резистентность амоксициллина, цефуроксима находится

в пределах 3,4-1,7%. И только у фосфомицина в России не выделено резистентных штаммов.

В 13 региональных центрах от Владивостока до Смоленска было проведено исследование об антимикробной терапии инфекций нижних отделов МВП у беременных. И так, что же назначают в нашей стране? В последнее время часто назначают фосфомицин – в 42% случаев. Это правильно. Но на втором месте – почти 10% – это нитроксолин. Это

категорически неправильно. Фторхинолоны применяются в 7% случаев, а они запрещены. В 3% случаев применяются препараты, которые запрещены. В результате частота неправильных назначений для терапии инфекций нижних отделов мочевыводящих путей в нашей стране приближается к 50%.

При антибактериальной терапии пиелонефрита у беременных в России картина еще хуже. Здесь на первом месте находятся аминопенициллины (31,5%), которые при таком тяжелом состоянии не должны применяться. Частота неправильных назначений при пиелонефрите у беременных – почти 80%.

Какие же пути решения проблемы рациональной антибактериальной терапии в акушерстве и гинекологии? Это, безусловно, создание государственных стандартов и строгое их соблюдение. Кроме того, это создание экспертного совета по пересмотру стандартов, это не должны быть закостеневшие правила, потому что меняется возбудитель и появляются новые антибиотики. Я призываю врачей, которые занимаются этой проблемой, назначать диагностику и лечение этих состояний с учетом принципов доказательной медицины.





**А.Т. Адамян, д.м.н., профессор,**  
начальник Департамента здравоохранения Томской области

Томская область по решению правительства России включена в число 23 регионов, где до конца 2009 года будут построены современные перинатальные центры для будущих мам. Цель развития этой сети – снижение показателей материнской и младенческой смертности. Ведь по мировой статистике даже при нормальной беременности 15% детей рождаются с патологией, которую очень трудно предсказать. Именно новорожденные дети среди прочих

**Правительство РФ утвердило перечень из 23 перинатальных центров, которые будут построены в регионах России в 2008–2010 годах. В Подольске, Екатеринбурге и Санкт-Петербурге появятся перинатальные центры Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. 20 региональных – областных, краевых и республиканских – перинатальных центров будут создаваться на условиях софинансирования. Субъектам Федерации предстоит выделить средства на ввод медучреждений в эксплуатацию и подготовку кадров для работы в них. Центры в Калининграде и Иркутске нуждаются только в оснащении оборудованием, поэтому будут введены в эксплуатацию первыми. В 2009 году первых пациентов примут еще восемь перинатальных центров – в Саранске (Республика Мордовия), Краснодаре, Красноярске, Перми, Волгограде, Кемерово, Ростове-на-Дону и Томске. Последними – в 2010 году – будут сданы центры в Благовещенске (Амурская область), Воронеже, Кирове, Кургане, Курске, Рязани, Саратове, Твери, Чите и Ярославле.**

*(По материалам сайта Правительства РФ)*

## В России создается сеть

категорий пациентов считаются наиболее уязвимыми в плане недоступности или несвоевременности оказания высококвалифицированной помощи.

Еще в августе на месте строящегося центра было чистое поле. Сегодня уже возведены первые три этажа из планируемых четырех. За строительством нового специализированного лечебного учреждения из окон томской областной клинической больницы наблюдают врачи. Частично функции будущего центра сегодня выполняет гинекологическое отделение ОКБ. Здесь наблюдаются будущие мамы с высокой степенью риска на ранних сроках беременности (до 22 недель).

– Нормальных физиологических родов в Томской области, да и во всей России, сегодня всего 20-24%! На роды средней степени риска приходится 30%, а на высокой – 40%, – поясняет заведующая гинекологическим отделением томской областной клинической больницы, к.м.н, заслуженный врач РФ, Наталья Балакшина. – Эти цифры подтверждают диагнозы пациенток нашего отделения: пороки сердца, заболевания крови, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет. Как правило, женщин к нам привозят со всех концов Томской области врачи службы

санитарной авиации.

Лидируют по частоте вызовов службы тяжелые гестозы с осложнениями (эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, тромбоэмболия легочной артерии, острая почечная недостаточность, синдром полиорганной недостаточности). Второе место занимают патологии беременности и родов такие, как аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, рубец на матке, внутриутробная гибель плода. На третьем месте – беременные с экстрагениальной патологией: острый пиелонефрит, осложненный блоком почки, мочекаменная болезнь с гидронефрозом, карбункул почки, инфекционно-токсический шок. Совместно с другими отделениями областной клинической больницы специалисты гинекологического отделения оказывают помощь женщинам с 22 видами экстрагениальных патологий. Специалистов беспокоит стремительная динамика последних. Если в 2006 году пациенток с подобными заболеваниями было около 100, в 2007 году – уже 250, а за 10 месяцев 2008 года – 600 женщин. Для каждой из них беременность сопровождается риском для жизни или получением осложнений, грозящих плоду гибелью или серьезной патологией. Не случайно, то, что каждый десятый ребенок в Томской области рождается преждевременно.

Ожидается, что в результате работы перинатальных центров показатель младенческой смертности к 2015 году снизится на 41%, материнской – на 22%.

Мне удалось увидеться с одной из пациенток гинекологического отделения. Оксана Н. в реанимации находится уже три недели. Причина – преждевременные роды с осложнениями из-за тяжелой


# перинатальных центров

аномалии костно-мышечной системы. В муниципальном роддоме молодой женщине сделали кесарево сечение. Ребенка, который родился весом 900 граммов, пытаются выводить в одной из томских больниц, а сама мама находится в другом отделении. В новом же перинатальном центре женщины будут иметь возможность находиться рядом со своими новорожденными детьми. – Томский перинатальный центр должен быть не только оснащен высокотехнологичным современным медицинским оборудованием. Само здание должно быть спроектировано и построено по современным меркам, и отвечать всем имеющимся санитарным нормам. Стерильность и биологическая чистота в помещениях, предназначенных для рождения детей, выхаживания и реанимации новорожденных высокого риска, в операционных должна поддерживаться с помощью бактериальных фильтров, ламинарных потоков. Также нужно учесть, что во всех помещениях будущего перинатального центра круглосуточно должен поддерживаться определенный температурный режим, – говорит Н. Балакшина. – Даже если бы перинатальный центр сделали в существующем здании, отремонтировав его, то соблюсти все эти условия, конечно не удалось. – Здание центра будет крестообразной формы, чтобы подразделения не пересекались между собой, – комментирует ситуацию начальник департамента здравоохранения Томской области Альберт Адамян, – на нашем сайте в режиме on-line можно посмотреть, как идет строительство. Отмечу, что за последние десять лет это первое здание лечебного учреждения в Томской области, которое строится по типовому проекту. Перинатальный центр рассчитан на 130 маленьких пациентов. В нем будет два операционных блока, девять одиночных родильных залов,

двенадцать коек реанимации новорожденных, койки интенсивной терапии, а также поликлиника и клиничко-диагностическая лаборатория. Оборудование предполагается использовать только экспертного класса – начиная от аппаратов УЗИ, заканчивая дыхательной техникой последнего поколения. В учреждении будет предусмотрена возможность телевизионного контроля над ходом родов и операций, позволяющая получать дополнительную информацию, а также передача данных на мобильные средства связи в режиме реального времени, с целью консультации с ведущими отечественными и зарубежными врачами. Недостатка в специалистах для работы в перинатальном центре не будет. В Томске есть Сибирский государственный университет, специализированный НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, а кроме того, Томская область участвует в программе подготовки кадров Министерства здравоохранения. Пока здание строится, медики, которые будут работать в перинатальном центре, пройдут стажировки в перинатальных центрах Москвы, Санкт-Петербурга, Германии. Функционирование такого перинатального центра бюджету Томской области будет обходиться примерно в 750 тысяч долларов ежегодно. А на его строительство нужно 1,5 миллиарда рублей. Половина этой суммы выделена из федерального бюджета, а вторую половину



**Н.Г. Балакшина**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Сибирского государственного медицинского университета, заведующая отделением гинекологии Томской областной клинической больницы

готовы выплатить из областного. По словам А. Адамяна, в бюджете региона на 2009 год уже заложена сумма на возведение перинатального центра, а темпы строителей дают основания полагать, что, несмотря на экономические проблемы в стране, центр будет введен в эксплуатацию согласно положенным срокам. Первых пациентов томский перинатальный центр планирует принять максимум через полтора года. 

**Ольга Трепова**

**Перинатальный центр рассчитан на 130 маленьких пациентов. В нем будет два операционных блока, девять одиночных родильных залов, двенадцать коек реанимации новорожденных, койки интенсивной терапии, а также поликлиника и клиничко-диагностическая лаборатория. Оборудование предполагается использовать только экспертного класса – начиная от аппаратов УЗИ, заканчивая дыхательной техникой последнего поколения. В учреждении будет предусмотрена возможность телевизионного контроля над ходом родов и операций, позволяющая получать дополнительную информацию, а также передача данных на мобильные средства связи в режиме реального времени, с целью консультации с ведущими отечественными и зарубежными врачами.**



## ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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



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


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







Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



 **объединяет преимущества  
внутриматочной  
и гормональной  
контрацепции**

 **обладает минимальным  
системным влиянием  
(местное действие  
левоноргестрела)**

 **уменьшает объем,  
длительность  
и болезненность  
менструаций**



 **Мирена®**  
*Уверенность надолго*

- удобная
- долгосрочная
- обратимая

**Инструкция по применению МИРЕНА® (MIRENA®). Внутриматочная система (ВМС) с левоноргестрелом 20 мкг /24 часа**

**Состав:** 52 мг левоноргестрела. Скорость высвобождения равна 20 мкг в сутки.

**Показания к применению:** контрацепция, идиопатическая меноррагия, защита эндометрия от гиперплазии во время заместительной терапии эстрогенами.

**Противопоказания:** беременность или подозрение на нее, воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции нижних отделов мочеполового тракта, послеродовой эндометриит, септический выкидыш в течение трех последних месяцев, цервицит, заболевания, сопровождающиеся повышенной восприимчивостью к инфекциям, дисплазия шейки матки с признаками атипии, злокачественные процессы шейки матки или шейки матки, патологическое маточное кровотечение неясной этиологии, врожденные или приобретенные аномалии матки, в том числе фибриомы, ведущие к деформации полости матки, острые заболевания или опухоли печени, рак молочной железы, повышенная чувствительность к компонентам препарата. **Способ применения:** Мирена® вводится в полость матки и остается эффективной в течение пяти лет. Мирена® может применяться у женщин, получающих гормональную заместительную терапию, в сочетании с пероральными или трансдермальными препаратами эстрогена, не содержащими гестагенов. Мирена® у женщин детородного возраста должна устанавливаться в полость матки в течение семи дней от начала менструации. Мирена® может быть заменена новой ВМС в любой день менструального цикла. ВМС также может быть установлена немедленно после аборта в первом триместре беременности. Послеродовая установка должна быть отложена на шесть недель. Нельзя применять Мирену® для посткоитальной контрацепции. Для защиты эндометрия во время заместительной эстрогенной терапии у женщин, не имеющих менструаций, Мирена® может быть установлена в любое время; у женщин с сохраненными менструациями установка производится в последние дни менструального кровотечения или кровотечения отмены. До установки Мирены® следует исключить патологические процессы в эндометрии, поскольку в первые месяцы ее использования часто отмечаются нерегулярные кровотечения и мажущие кровянистые выделения. Также следует исключить патологические процессы в эндометрии при возникновении кровотечений после начала заместительной эстрогенной терапии у женщины, которая продолжает использовать Мирену®, ранее установленную для контрацепции. Женщину нужно повторно обследовать через 4-12 недель после установки, а затем 1 раз в год или чаще при наличии клинических показаний. **Побочное действие:** К обычным побочным действиям (отмечаемым более чем у 10% женщин, использующих Мирену®, относятся изменения характера маточных кровотечений и отсроченная атрезия фолликулов. Межменструальные кровотечения чаще развиваются в первые месяцы после введения Мирены® в матку; при длительном использовании они постепенно исчезают. Одновременно менструальные кровотечения становятся менее обильными, олиго- и аменорея у женщин детородного возраста развивается постепенно, примерно в 20% случаев использования Мирены®. Если менструации отсутствуют в течение шести недель после начала последней менструации, следует исключить беременность. Повторные тесты на беременность при аменорее необязательны, если только отсутствуют другие признаки беременности. Когда Мирену® используют в комбинации с постоянной заместительной эстрогенной терапией, у большинства женщин в течение пяти лет постепенно развивается аменорея и у части женщин может наблюдаться аменорея вследствие местного воздействия левоноргестрела на эндометрий. Поскольку контрацептивный эффект Мирены® обусловлен главным образом ее местным действием, у женщин детородного возраста обычно наблюдаются овуляторные циклы с разрывом фолликулов. Иногда атрезия фолликулов задерживается и их развитие может продолжаться. Такие увеличенные фолликулы клинически невозможно отличить от кист яичника. Увеличенные фолликулы были обнаружены у 12% женщин, использовавших Мирену®. В большинстве случаев эти фолликулы не вызывают никаких симптомов, хотя иногда они сопровождаются болью внизу живота или болью при половом сношении. В большинстве случаев увеличенные фолликулы исчезают самостоятельно на протяжении двух-трех месяцев наблюдения. Если этого не произошло, продолжают ультразвуковой мониторинг, а также проведение лечебных и диагностических мер и выполнение соответствующих рекомендаций.

**Подробная информация содержится в инструкции по применению.**



# Эстрожель

## Эстрадиол 17 $\beta$

Гель для трансдермального применения

*Юность,  
зрелость,  
менопауза*

*“...я хочу быть  
здоровой и  
активной...”*

