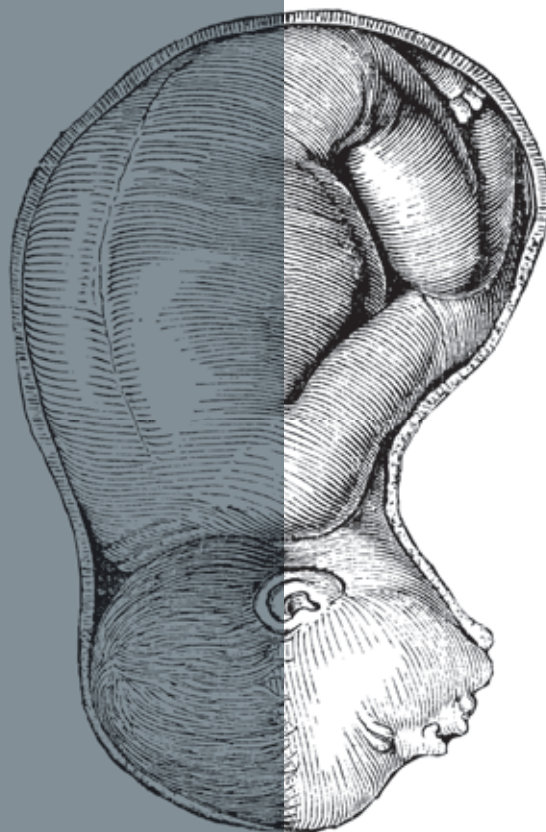


# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

# ТЕРАПИЯ

акушерство и гинекология №5, 2015



№

50

Бемипарин  
в профилактике  
тромботических  
осложнений  
у беременных  
с плацентарной  
недостаточностью

6

Реабилитация после  
медикаментозного  
прерывания  
беременности  
на раннем сроке

16

Клинические эффекты  
интравагинальной  
пелоидотерапии

28



umedp.ru

Свежие выпуски  
и архив журнала

# Курантил®

ДИПИРИДАМОЛ

**Антиагрегант<sup>1</sup>**

**Вазодилатирующее средство<sup>1</sup>**

Курантил® 25 таблетки 25 мг № 100<sup>1</sup>

Курантил® N 25 таблетки 25 мг № 120<sup>1</sup>

Курантил® N 75 таблетки 75 мг № 40<sup>1</sup>

- Улучшает микроциркуляцию<sup>1</sup>
- Препятствует агрегации тромбоцитов<sup>1</sup>
- Обладает сосудорасширяющим эффектом<sup>1</sup>

Краткая информация по медицинскому применению препаратов Курантил®25, Курантил® N25, Курантил® N75 (МНН: дипиридамоЛ). **Показания к применению:** Лечение и профилактика нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу; дисциркуляторная энцефалопатия; профилактика артериальных и венозных тромбозов и их осложнений; профилактика тромбэмболии после операции протезирования клапанов сердца; профилактика плацентарной недостаточности при осложненной беременности; в составе комплексной терапии при нарушениях микроциркуляции любого генеза; в качестве индуктора интерферона и иммуномодулятора для профилактики и лечения гриппа, ОРВИ (Курантил®25, Курантил®N25); первичная и вторичная профилактика ИБС, особенно при непереносимости ацетилсалициловой кислоты (Курантил®N75). **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата; дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость галактозы, дефицит лактазы, глюкозо-галактазная мальабсорбция; острый инфаркт миокарда; нестабильная стенокардия; распространенный стенозирующий атеросклероз коронарных артерий; субаортальный стеноз; декомпенсированная сердечная недостаточность; выраженная артериальная гипотензия, коллапс; тяжелая артериальная гипертензия; тяжелые нарушения сердечного ритма; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); декомпенсированная почечная недостаточность; печеночная недостаточность; геморрагические диатезы; заболевания со склонностью к кровотечениям (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.); детский возраст до 12 лет. **Способ применения и дозы:** Таблетки принимают внутрь, натощак, заливая небольшим количеством воды, не разламывая и не раскусывая. Доза препарата подбирается в зависимости от показаний, тяжести заболевания и реакции пациента на лечение. Длительность курса лечения определяется врачом. Для уменьшения агрегации тромбоцитов рекомендуется принимать препарат Курантил® в суточной дозе 75–225 мг. В тяжелых случаях суточная доза может быть увеличена до 600 мг. Для профилактики плацентарной недостаточности рекомендуется принимать препарат Курантил® в дозе 75–225 мг. Для профилактики и лечения нарушений мозгового кровообращения суточная доза дипиридамола составляет 225–450 мг. Для профилактики гриппа и других ОРВИ рекомендуется прием препарата Курантил®N25 по следующей схеме: 100 мг (по 2 таблетки) 1 раз в 7 дней в течение 4–5 недель. Для профилактики рецидивов у часто болеющих респираторными вирусными инфекциями пациентов рекомендуется прием препарата Курантил®N25 по следующей схеме: 100 мг (по 2 таблетки) 2 раза в сутки с интервалом в 2 часа) 1 раз в неделю в течение 8–10 недель. Подробная информация о препаратах содержится в инструкциях по применению препарата Курантил® 25 (ПН016001/01-190112 и ПН016001/01-26092014), препарата Курантил® N25 (ПН013897/01-280312 и ПН013897/01-290514), препарата Курантил® N75 (ПН013899/01-280312 и ПН013899/01-040614)

1. Инструкции по медицинскому применению препаратов Курантил® 25 (ПН016001/01-190112 и ПН016001/01-26092014), Курантил® N 25 (ПН013897/01-280312 и ПН013897/01-290514), Курантил® N 75 (ПН013899/01-280312 и ПН013899/01-040614)

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01. <http://www.berlin-chemie.ru>

 **БЕРЛИН-ХЕМИ**  
**МЕНАРИНИ**

Реклама

Отпускается по рецепту. Информация предназначена для специалистов здравоохранения. RU\_CUR-06-2015 отобрено 30.10.15



XVII Научно-практическая конференция

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ  
И  
контрацепция**

**18 февраля 2016**

Здание Правительства Москвы  
Новый Арбат 36

**МЕДЗНАНИЯ<sup>+</sup>**

+7(495) 614 43 63, 614 40 61  
[www.medQ.ru](http://www.medQ.ru) [info@medQ.ru](mailto:info@medQ.ru)



MedQ+

Доступно на  
Google play

Доступно на  
App Store



## ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ НА 2016 ГОД

28-29 ЯНВАРЯ   ВОЛГОГРАД	2 СЕНТЯБРЯ   ПЕТРОПАВЛОВСК-КАМЧАТСКИЙ
4-5 ФЕВРАЛЯ   МО (БАЛАШИХА)	12 СЕНТЯБРЯ   ЮЖНО-САХАЛИНСК
25-26 ФЕВРАЛЯ   ТВЕРЬ	29-30 СЕНТЯБРЯ   КАЛИНИНГРАД
3-4 МАРТА   АСТРАХАНЬ	13-14 ОКТЯБРЯ   КРАСНОЯРСК
10-11 МАРТА   МИНСК (РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ)	<b>19-21 ОКТЯБРЯ   САНКТ-ПЕТЕРБУРГ III СЪЕЗД АААР</b>
31 МАРТА - 1 АПРЕЛЯ   ТОЛЬЯТТИ	10-11 НОЯБРЯ   ЧЕБОКСАРЫ
14-15 АПРЕЛЯ   БАРНАУЛ	24-25 НОЯБРЯ   НОВОСИБИРСК
19-20 АПРЕЛЯ   НАЛЬЧИК	1-2 ДЕКАБРЯ   УФА
24-25 МАЯ   МАХАЧКАЛА	15-16 ДЕКАБРЯ   УЛЬЯНОВСК
3-4 ИЮНЯ   ВЛАДИВОСТОК	22-23 ДЕКАБРЯ   ЯРОСЛАВЛЬ
16-17 ИЮНЯ   ИРКУТСК	
23-24 ИЮНЯ   СИМФЕРОПОЛЬ	

### 19-21 ОКТЯБРЯ 2016 ГОДА

### ВТОРОЙ СЪЕЗД

### АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

	С 01.01.2016-31.03.2016	С 01.04.2016-19.09.2016*
СТОИМОСТЬ УЧАСТИЯ	3000	4000
ДЛЯ ЧЛЕНОВ АААР	2500	3500

\* 19 СЕНТЯБРЯ 2016 ГОДА, ЗАВЕРШАЕТСЯ ПРИЕМ ОПЛАТЫ И ЗАЯВОК НА УЧАСТИЕ.



МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, пл.Победы, д.1, ОТЕЛЬ **park inn** ПУЛКОВСКАЯ

**КОНТАКТЫ:**  
[www.arfpoint.ru](http://www.arfpoint.ru)

По вопросам участия:

По вопросам научной программы:

По вопросам спонсорства:

По техническим вопросам:

Лариса Данилова

Ольга Мямишева

Евгения Арлюк

Даниил Семёнов

e-mail: [reg@arfpoint.ru](mailto:reg@arfpoint.ru)

e-mail: [arf@arfpoint.ru](mailto:arf@arfpoint.ru)

e-mail: [aaar@arfpoint.ru](mailto:aaar@arfpoint.ru)

e-mail: [teh@arfpoint.ru](mailto:teh@arfpoint.ru)

тел: +7 (925) 904-77-64

тел: +7 (926) 875-41-94

тел: +7 (926) 379-67-05

тел: +7 (925) 361-95-98

Эффективная  
фармакотерапия. 50/2015.  
Акушерство  
и гинекология. № 5

ISSN 2307-3586

**Главный редактор**

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

**Ответственный секретарь**

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

**Редакционная коллегия**

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

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

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

докт. мед. наук, проф. О.Д. ОСТРОУМОВА

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

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

**Редакционный совет направления**

«Акушерство и гинекология»

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА,

В.Е. БАЛАН, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,

О.А. ГРОМОВА, И.В. КУЗНЕЦОВА,

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

Т.А. ОБОСКАЛОВА, Т.В. ОВСЯННИКОВА,

С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,

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

А.Л. ТИХОМИРОВ, Е.В. УВАРОВА

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор

А. СИНИЧКИН

Руководитель проекта

«Акушерство и гинекология»

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

Выпускающий редактор А. ЗИМЕНКОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЪЯНЕНКО

Тираж 17 000 экз.

Выходит 6 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала

на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru)

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения редакции

журнала. Мнение редакции может не совпадать

с мнением авторов

**Авторы, присылающие статьи для публикации,**

**должны быть ознакомлены с инструкциями**

**для авторов и публичным авторским договором.**

**Информация размещена на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru)**

**Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен**

**в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)**

# Содержание

## Обзор

- А.В. ЯКИМОВА, К.Ю. МАКАРОВ, Т.М. СОКОЛОВА  
Антитромботическая терапия как средство улучшения перинатальных исходов у женщин с плацентарной недостаточностью (обзор литературы) 6

## Клинические исследования

- Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, Д.М. ИБРАГИМОВА  
Нео-Пенотран Форте Л – скорая помощь перед оперативным лечением 12

## Клиническая практика

- Г.Б. ДИККЕ  
Ведение послеабортного периода при использовании медикаментозного метода прерывания беременности на ранних сроках 16
- Т.А. ЭМЕДОВА, С.В. МИШЕНИНА, К.Ю. МАКАРОВ  
Опыт применения лекарственного препарата Тромбовазим для лечения эстроген-индуцированной хронической венозной недостаточности 22

## Медицинский форум

- Периконцепционная профилактика перинатальной смертности – иллюзия или реальность 26
- Реабилитация женщин с нарушениями репродуктивной функции 28

**Editor-in-Chief**

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

**Executive Editor**

I.S. BAZIN, MD, DMSci

**Editorial Board**

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

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

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

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

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

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

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

O.D. OSTROUMOVA, MD, DMSci, Prof.

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

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

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

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

**Editorial Council**

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

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

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

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

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

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

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

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

Ye.V. UVAROVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

**General Manager**

A. SINICHKIN

**Advertising Manager**

Ye. KONEVA

e.koneva@medforum-agency.ru

# Contents

## Review

- A.V. YAKIMOVA, K.Yu. MAKAROV, T.M. SOKOLOVA  
Anti-Thrombotic Therapy as a Means for Improving Perinatal Outcome in Women  
with Placental Insufficiency (Literature Review) 6

## Clinical Studies

- Yu.E. DOBROKHOTOVA, D.M. IBRAGIMOVA  
Neo-Penotran Forte L – a Pre-Operative Emergency Aid 12

## Clinical Practice

- G.B. DIKKE  
Management of Post-Abortion Period during Administration of Medicated  
Interruption of Early Pregnancy 16
- T.A. EMEDOVA, S.V. MISHENINA, K.Yu. MAKAROV  
Experience of Using Thrombovasim for Treatment of Estrogen-Induced Chronic  
Venous Insufficiency 22

## Medical Forum

- Periconceptual Prevention of Perinatal Mortality – Illusion or Reality 26
- Rehabilitation of Women with Impaired Reproductive Function 28



МОСКВА  
4-5 февраля  
2016

Большая конференция RUSSCO

# РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

место проведения:  
The Ritz-Carlton,  
г. Москва, ул. Тверская д. 3

# Анти тромботическая терапия как средство улучшения перинатальных исходов у женщин с плацентарной недостаточностью (обзор литературы)

А.В. Якимова, К.Ю. Макаров, Т.М. Соколова

Адрес для переписки: Анна Валентиновна Якимова, yakimova@hotmail.com

*Представлен обзор исследований, посвященных проведению анти тромботической терапии у беременных с нарушением функций плаценты (плацентарной недостаточностью). В большинстве исследований, опубликованных в последние 20 лет, изучалось применение низкомолекулярных гепаринов, ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола. Приводятся убедительные данные о преимуществах использования низкомолекулярного гепарина второго поколения бемипарина при анти фосфолипидном синдроме по сравнению с аспирином во время беременности. Применение во время беременности бемипарина у женщин с тромбофилией является безопасным и эффективным методом, обеспечивающим высокую частоту живорождений при отсутствии каких-либо материнских и фетальных осложнений.*

**Ключевые слова:** плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода, анти тромботическая терапия, дипиридамол, аспирин, низкомолекулярный гепарин, бемипарин

Плацентарная недостаточность является одной из основных причин заболеваемости новорожденных, а также нарушений физического и психического развития детей на первом году жизни. Частота установления диагноза плацентарной недостаточности составляет 20–45%, достигая в группах риска 46–77%, и не имеет тенденции к снижению [1].

Недостаточность функции плаценты включена в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра как основной диагноз патологического состояния плода и новорожденного. Плацентар-

опосредованные осложнения беременности, включая преэклампсию, задержку внутриутробного развития плода, рецидивирующие потери беременности, возникают более чем в 5% случаев и вносят значительный вклад в повышение перинатальной заболеваемости и смертности [2, 3]. Так, по наблюдению F.J. Korteweg и соавт., 64,9% антенатальных смертей на сроке гестации > 20 недель были связаны с патологией плаценты [4].

Указанные осложнения в некоторой степени вызваны плацентарной недостаточностью, которая в свою очередь может развиваться вследствие избыточной активации

процессов коагуляции и соответственно тромбообразования [5]. Человеческая плацента имеет гемохориальный тип строения, то есть материнская кровь в интервиллезном пространстве входит в прямой контакт с ворсинами трофобласта, содержащими эмбриональные капилляры. Соответственно тромбоз капилляров ворсин плаценты имеет значение для функционирования плацентарного барьера и может быть причиной нарушения его проницаемости [6]. В этой связи при плацентарной недостаточности было предложено применять препараты, препятствующие избыточному тромбообразованию. Лечение плацентарной недостаточности эффективно лишь на ранних стадиях [7]. При наличии выраженных патологических изменений в плаценте, которые, как правило, сопутствуют задержке внутриутробного развития плода, лечебные мероприятия не так эффективны. Проведение интенсивной терапии преследует цель лишь пролонгировать беременность до оптимального для родоразрешения срока в интересах плода. Рождение плода с экстремально низкой массой тела нежелательно, поскольку значительно ухудшает постнатальный прогноз. Концепция доказательной медицины предполагает использование результатов клинических исследований для выбора метода лечения пациента. Такой подход позволяет снизить риск врачебных ошибок,



оптимизировать расходы на лечение, сохраняя его эффективность. Венозный тромбоз эмболизм считается одной из главных непосредственных причин материнской смертности даже в развитых странах [8]. Формирующаяся с конца первого – начала второго триместра физиологическая гиперкоагуляция в сочетании со снижением естественного антикоагулянтного потенциала крови и фибринолитической активности создает предпосылки для развития тромбозов различной локализации. Риск развития тромбозов определяется неблагоприятными анамнестическими данными, соматическими факторами и акушерско-гинекологическими осложнениями [9]. Некоторые авторы говорят о состоянии тромботической готовности, которое включает лабораторно выявляемую гиперкоагуляцию, высокий уровень маркеров внутрисосудистого свертывания крови, а также ряд клинических признаков предтромбоза, в том числе нарушение фетоплацентарного кровотока, гипотрофию плода, нарушение сроков миграции или частичную отслойку плаценты и др. [10]. Основными принципами противотромботической терапии в акушерстве являются ее эффективность и безопасность для матери и плода. Это в свою очередь требует знаний патогенеза различных акушерских осложнений и основ фармакотерапии препаратами противотромботического ряда [11].

В настоящем обзоре предпринята попытка обобщить исследования, посвященные анти тромботической терапии у беременных с нарушением функций плаценты (плацентарной недостаточностью). В большинстве исследований, опубликованных за последние 20 лет, изучалось применение низкомолекулярных гепаринов, ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола.

Низкомолекулярные гепарины (средняя молекулярная масса 4000–7000 Да) – это высокоэффективные анти тромботические и слабые противосвертывающие средства прямого действия, которые компенсируют процессы гиперкоагуляции.

Низкомолекулярные гепарины мало влияют на первичный гемостаз, агрегацию и агрегацию тромбоцитов, обладают минимальным геморрагическим эффектом и способностью нейтрализовать лишь фактор Ха, не изменяя при этом активности тромбина. В дозах, используемых для профилактики венозных тромбозов, гепарины практически не влияют на время кровотечения, время свертывания крови и активированное частичное тромбопластиновое время.

На сегодняшний момент разрешены к использованию и наиболее часто применяются в акушерской практике низкомолекулярные гепарины первого (надропарин кальция, далтепарин, эноксапарин) и второго (бемипарин натрия) поколения. В соответствии с конкретной клинико-гемостазиологической ситуацией назначаются профилактические или лечебные дозы нефракционированных и низкомолекулярных гепаринов. Бемипарин натрия получают путем щелочной деполимеризации нефракционированного гепарина, экстрагируемого из слизистой оболочки кишечника свиней. Благодаря самой низкой среди низкомолекулярных гепаринов средней молекулярной массе 3600 Да, однородности молекулярных цепей, 85% которых весят менее 6000 Да, и самому продолжительному периоду полувыведения (5,3 часа) бемипарин относят к низкомолекулярным гепаринам второго поколения [12]. Поскольку для ингибирования тромбина (анти-Па-факторная активность) требуется минимальная длина цепи полисахаридов, которая превышает длину цепей бемипарина, этот препарат демонстрирует самое высокое соотношение анти-Ха/Па-факторных активностей – 8:1.

Дипиридамола – антиагрегант, ангиопротектор, иммуномодулятор. Оказывает тормозящее влияние на агрегацию тромбоцитов. Дипиридамола увеличивает содержание аденозина (нарушая его обратный захват), воздействуя на рецепторы внешних клеточных мембран. Аденозин в свою очередь активирует

аденилатциклазу в тромбоцитах, увеличивая тем самым уровень циклического аденозинмонофосфата. Это приводит к подавлению фосфодиэстеразы циклического гуанозинмонофосфата, что потенцирует вазодилатирующие и анти тромботические эффекты монооксида азота. Дипиридамола является индуктором интерферона и оказывает модулирующее действие на функциональную активность системы интерферона, повышает сниженную продукцию интерферона альфа и гамма лейкоцитами крови *in vitro*.

Ацетилсалициловая кислота селективно и необратимо инактивирует (ацетилирует) циклооксигеназу, катализирующую первый этап биосинтеза простагландинов из арахидоновой кислоты. В невысоких дозах аспирин влияет преимущественно на первую изоформу циклооксигеназы. В результате в циркулирующих в крови тромбоцитах прекращается образование тромбоксана А<sub>2</sub>, оказывающего проагрегантное и сосудосуживающее действие. Образование тромбоксана А<sub>2</sub> прекращается на весь период жизни тромбоцитов (семь – десять суток).

По данным ряда исследований, задержка внутриутробного развития плода сопровождается активацией тромбоцитов. При задержке внутриутробного развития плода на фоне нормального артериального давления эта активация возникает лишь на уровне маточно-плацентарного кровообращения, на фоне артериальной гипертензии – на уровне периферического кровообращения, что приводит к снижению количества тромбоцитов. Высвобождение вазоактивных аминов из активированных тромбоцитов в периферической циркуляции может быть причиной клинического синдрома преэклампсии [13]. Данное наблюдение подтверждает необходимость терапии, направленной на нормализацию функции тромбоцитов при задержке внутриутробного развития плода.

В контролируемом нерандомизированном исследовании 24 повторнородящие женщины, име-

ющие в анамнезе по крайней мере две беременности, осложнившиеся задержкой внутриутробного развития плода, получали от 1 до 1,6 мг/кг аспирина и 225 мг дипиридамола ежедневно с 16-й по 34-ю неделю гестации. Оценивалось соответствие массы новорожденного гестационному возрасту. Результаты исследуемой группы сравнивали с показателями в группе беременных с аналогичным анамнезом, которые не принимали аспирин и дипиридапол. Частота задержки внутриутробного развития плода была выше в группе сравнения – 61% по сравнению с 13% случаев в основной группе. Кроме того, в основной группе не было зарегистрировано тяжелых форм задержки внутриутробного развития плода, в то время как в группе сравнения в 27% случаев была отмечена задержка внутриутробного развития плода третьей степени. Лечение подавляло активность тромбоцитарной циклооксигеназы до уровня 5–10% от исходного, но не влияло на синтез простаглицлина. Авторы пришли к выводу о возможности профилактики плацентарной недостаточности вышеуказанным способом при высоком риске задержки внутриутробного развития плода [14].

Количественная сфигмометрия была использована для оценки эффекта от внутривенного введения 30 мг дипиридамола десяти женщинам на 31–38-й неделе беременности. Нарушения плацентарного кровотока выявлено не было, но имела место задержка внутриутробного развития плода. Умеренное снижение среднего артериального давления происходило в течение короткого периода времени за счет увеличения частоты сердечных сокращений, ударного объема и сердечного выброса. Значимо снизилось общее периферическое сопротивление, что, по мнению авторов, обусловило увеличение маточной перфузии [15].

Немецкие и австрийские ученые опубликовали результаты многоцентрового рандомизированного исследования по изучению эффективности применения низкомоле-

кулярного гепарина далтепарина натрия до 24-й недели гестации для профилактики необъяснимой привычной потери беременности. Эффективность оценивалась по трем показателям: прогрессирующая беременность сроком свыше 24 недель, живорождение и осложнения беременности. В исследовании участвовали 449 женщин на пятой – восьмой неделе беременности, пациентки основной группы получали поливитамины и 5000 МЕ далтепарина натрия, в группе сравнения – только поливитамины. Статистически значимых различий между группами не было: беременность продолжалась свыше 24 недель у 86,8% пациенток основной группы и 87,9% группы сравнения, частота живорождения составила 86 и 86,7% соответственно. У девяти пациенток беременность осложнилась преэклампсией или HELLP-синдромом, из них три пациентки получали низкомолекулярные гепарины. Задержку внутриутробного развития плода наблюдали у 11 женщин, из них пять получали низкомолекулярные гепарины. Антенатально погиб один плод у пациентки, получавшей далтепарин натрия. Авторы не рекомендовали назначение далтепарина натрия с целью предотвращения потери плода [16].

Производство бемипарина было начато в Испании в 1998 г. В настоящее время препарат доступен более чем в 50 странах, за это время его получили около 13 млн пациентов. Бемипарин (Цибор, «Берлин-Хеми/А. Менарини») в России зарегистрирован для профилактики тромбоэмболии. Цибор 2500 МЕ назначается при умеренной степени риска венозной тромбоэмболии, а Цибор 3500 МЕ – при высокой степени риска.

J.F. Вој сообщает об успешном использовании бемипарина у 50 беременных при минимальных побочных эффектах [17].

Т.А. Федорова приводит убедительные данные о преимуществах использования бемипарина при антифосфолипидном синдроме по сравнению с аспирином во время беременности [18].

Пилотное исследование бемипарина было посвящено использованию препарата в профилактике привычного невынашивания, ассоциированного с антифосфолипидным синдромом. Сравнивалась частота живорождений у женщин с привычным невынашиванием, вызванным антифосфолипидным синдромом, на фоне монотерапии низкомолекулярным гепарином или низкодозированным аспирином (первичная конечная точка). Вторичными конечными точками были акушерские осложнения, фетальные и материнские неблагоприятные события в обеих группах лечения. Использование у пациенток с плацентарной недостаточностью, обусловленной антифосфолипидным синдромом, низкомолекулярного гепарина второго поколения (бемипарина) повышало частоту живорождений по сравнению с таковой в случае применения низкодозированного аспирина (86,25 и 72,13% соответственно). Проведенное исследование – одна из первых опубликованных работ по изучению эффективности и безопасности бемипарина, назначаемого с момента верификации беременности до 36-й недели гестации. При этом частота живорождений у женщин с плацентарной недостаточностью, ассоциированной с антифосфолипидным синдромом, превысила 86%. Значимые неблагоприятные события, связанные с терапией, отсутствовали в обеих группах.

Это согласуется с результатами рандомизированного клинического исследования, проведенного А. Carla и соавт. с целью сравнения частоты живорождений у женщин с плацентарной недостаточностью и аутоиммунными или коагуляционными нарушениями, получавших гепарин + аспирин или монотерапию аспирином [19]. Средний вес новорожденных был выше в группе бемипарина. Таким образом, применение во время беременности низкомолекулярного гепарина второго поколения (бемипарина) вместо низкодозированного аспирина с целью профилактики плацентарной недостаточности у женщин с антифосфолипидным синдромом было при-

зано безопасным и эффективным методом, обеспечивающим высокую частоту живорождений при отсутствии каких-либо материнских и фетальных осложнений.

Аналогичное исследование по применению бемипарина у беременных с тромбофилией провели испанские ученые J. Villa и соавт. [20]. Авторы пришли к выводу о безопасности и эффективности терапии тромбофилических состояний у беременных низкомолекулярным гепарином бемипарином.

Первые работы по бемипарину свидетельствуют о возможности назначения препарата с целью профилактики тромботических осложнений у женщин с плацентарной недостаточностью и антифосфолипидным синдромом. Вместе с тем требуются дальнейшие исследования, а также накопление клинического опыта по использованию бемипарина в акушерско-гинекологической практике у пациенток с тромбофилическими состояниями [18].

Не так много было проведено исследований эффективности и безопасности аспирина и низкомолекулярного гепарина у женщин с привычным невынашиванием без наследственной тромбофилии. Согласно метаанализу 2014 г., аспирин и низкомолекулярный гепарин не способствуют повышению частоты живорождения независимо от того, какой препарат оценивали. Отношение рисков (ОР) рождения живого ребенка у женщин, которые получали аспирин (сравнение с плацебо), составило 0,94 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,80–1,11,  $n = 256$ ). ОР у женщин, принимавших низкомолекулярный гепарин (сравнение с аспирином), равня-

лось 1,08 (95% ДИ 0,93–1,26,  $n = 239$ ). ОР у женщин, получавших низкомолекулярный гепарин и аспирин (сравнение с отсутствием лечения), составило 1,01 (95% ДИ 0,87–1,16,  $n = 322$ ). Частота преждевременных родов, преэклампсии, задержки внутриутробного развития плода не отличалась. Было отмечено, что лечение низкомолекулярным гепарином в сочетании с аспирином повышает риск кровотечения [21].

Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований, посвященных лечению плацентарной дисфункции антитромботическими препаратами, был опубликован в 2013 г. [22]. Исследования, посвященные привычному невынашиванию беременности, в обзор не вошли. Было проведено сравнение эффективности дородовой антитромботической терапии (в виде монотерапии дипиридамолом либо сочетания низкомолекулярного гепарина и дипиридамола, низкомолекулярного гепарина и аспирина) с плацебо или отсутствием лечения в антенатальном периоде. Лечение проводилось с целью улучшения перинатальных исходов при плацентарной дисфункции. Статистически значимо снизился риск перинатальной смертности – ОР по результатам шести исследований равнялось 0,40 (95% ДИ 0,20–0,78). ОР преждевременных родов до 34 недель (три исследования) составило 0,46 (95% ДИ 0,29–0,73). ОР рождения детей с массой менее 10-го перцентиля для данного срока гестации (семь исследований, 710 младенцев) составило 0,41 (95% ДИ 0,27–0,61). Проведение антикоагулянтной терапии во время беременности является трудной задачей из-за возмож-

ных осложнений как для матери, так и для плода [23]. В 2012 г. Американская коллегия специалистов в области торакальной медицины (American College of Chest Physicians) выпустила новые научные рекомендации по антитромботической терапии и профилактике тромбозов, подготовленные в соответствии с принципами доказательной медицины. Так, пациенткам с выраженным синдромом гиперстимуляции яичников, прибегающим к вспомогательным репродуктивным технологиям, предлагается проводить тромбопрофилактику низкомолекулярным гепарином в течение трех месяцев (2С) [24].

И.В. Лыдина [25] приводит данные о значительном (в 6,4 раза) увеличении числа случаев наступления беременности при включении бемипарина в протокол ЭКО.

Последние научные руководства рекомендуют преимущественное использование низкомолекулярного гепарина для антитромботической профилактики и терапии по сравнению с нефракционированными гепаринами и антагонистами витамина К. В инструкциях по применению гепаринов разных поколений до сих пор отсутствуют четко сформулированные показания и противопоказания для акушерской практики. В то же время развивающаяся во время беременности физиологическая гиперкоагуляция, зачастую сочетающаяся с дополнительными акушерскими и не акушерскими факторами риска развития тромбозов, диктует во многих случаях необходимость проведения профилактики и терапии потенциальных или реализующихся тромботических осложнений. ❧

## Литература

1. Нестерова Э.А., Путилова Н.В. Роль родительско-плодовой тромбофилии в формировании тяжелых форм плацентарной недостаточности // *Акушерство и гинекология*. 2014. № 12. С. 5–9.
2. Duffett L., Rodger M. LMWH to prevent placenta-mediated pregnancy complications: an update // *Br. J. Haematol*. 2015. Vol. 168. № 5. P. 619–638.
3. Козак Ю.В., Киселева Т.В., Макаров К.Ю., Ким В.Л. Оценка эффективности лечения пиелонефрита у беременных с использованием УФО крови // *Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание*. 2014. № 6. [www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1620](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1620).
4. Korteweg F.J., Erwich J.J., Holm J.P. et al. Diverse placental pathologies as the main causes of fetal death // *Obstet. Gynecol*. 2009. Vol. 114. № 4. P. 809–817.
5. Cox P., Marton T. Pathological assessment of intrauterine growth restriction // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*. 2009. Vol. 23. № 6. P. 751–764.
6. Якимова А.В. Клинические и структурные особенности системы «мать-плацента-плод» при туберкулезе легких

- (клинико-морфологическое исследование): дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 2010.
7. Мурашко Л.Е., Бадоева Ф.С., Асымбекова Г.У., Павлович С.В. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология. 1996. № 4. С. 43–45.
  8. De Swiet M. Maternal mortality: confidential enquiries into maternal death in the United Kingdom // Am. J. Obstet. Gynecol. 2000. Vol. 182. № 4. P. 760–766.
  9. Кирющенко П.А., Шмаков Р.Г., Андамова Е.В., Тамбовцева М.А. Алгоритм клинико-гемостазиологического обследования в акушерско-гинекологической практике // Акушерство и гинекология. 2013. № 1. С. 101–106.
  10. Момот А.П., Тараненко И.А. Эволюция представлений о тромбофилии и ее роли в патологии человека // Тезисы всероссийской конференции «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии». М., 2013. С. 246–247.
  11. Кирющенко П.А., Ковалев М.В., Тамбовцева М.А. Эволюция использования гепарина в акушерской практике // Акушерство и гинекология. 2013. № 6. С. 85–90.
  12. Богачев В.Ю. Бемипарин (Цибор) – низкомолекулярный гепарин нового поколения // Consilium Medicum. Хирургия. 2011. № 1. С. 22–25.
  13. Norris L.A., Sheppard B.L., Burke G., Bonnar J. Platelet activation in normotensive and hypertensive pregnancies complicated by intrauterine growth retardation // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1994. Vol. 101. № 3. P. 209–214.
  14. Wallenburg H.C., Rotmans N. Prevention of recurrent idiopathic fetal growth retardation by low-dose aspirin and dipyridamole // Am. J. Obstet. Gynecol. 1987. Vol. 157. № 5. P. 1230–1235.
  15. Lauckner W., Schwarz R., Retzke U. Cardiovascular action of dipyridamole in advanced pregnancy // Zentralbl. Gynakol. 1981. Vol. 103. № 4. P. 220–227.
  16. Schleussner E., Kamin G., Seliger G. et al. Low-molecular-weight heparin for women with unexplained recurrent pregnancy loss: a multicenter trial with a minimization randomization scheme // Ann. Intern. Med. 2015. Vol. 162. № 9. P. 601–609.
  17. Fontcuberta Boj J. New frontiers with bemiparin // Drugs. 2010. Vol. 70. Suppl. 2. P. 43–47.
  18. Федорова Т.А. Бемипарин в профилактике тромботических осложнений при привычном невынашивании беременности, обусловленном антифосфолипидным синдромом // Медицинский совет. 2012. № 4. С. 2–7.
  19. Laskin C.A., Spitzer K.A., Clark C.A. et al. Low molecular weight heparin and aspirin loss: result from the randomized, controlled HepASA trail // J. Rheumatol. 2009. Vol. 36. № 2. P. 279–287.
  20. Villa J., Marco A., Santamaria A. et al. Clinical management using low-molecular-weight heparin (LMWH) in pregnant women with thrombophilia, thromboembolic disease (DVT) or thrombophilia-related maternal placental syndrome: experience in one center // Thromb. Res. 2007. Vol. 119. Suppl. 1. P. S116.
  21. De Jong P.G., Kaandorp S., Di Nisio M. et al. Aspirin and/or heparin for women with unexplained recurrent miscarriage with or without inherited thrombophilia // Cochrane Database Syst. Rev. 2014. Vol. 7. CD004734.
  22. Dodd J.M., McLeod A., Windrim R.C., Kingdom J. Antithrombotic therapy for improving maternal or infant health outcomes in women considered at risk of placental dysfunction // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. Vol. 7. CD006780.
  23. Hirsh J., Guyatt G., Albers G.W. et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8<sup>th</sup> ed.) // Chest. 2008. Vol. 133. № 6. Suppl. P. 110S–112S.
  24. Bates S.M., Greer I.A., Middeldorp S. et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy // Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9<sup>th</sup> ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines // Chest. 2012. Vol. 141. № 2. Suppl. P. 691–736.
  25. Лыдина И.В. Опыт использования бемипарина натрия для повышения результативности экстракорпорального оплодотворения // Тромбоз, гемостаз и реология. 2012. № 4. С. 41–44.

### Anti-Thrombotic Therapy as a Means for Improving Perinatal Outcome in Women with Placental Insufficiency (Literature Review)

A.V. Yakimova, K.Yu. Makarov, T.M. Sokolova  
Novosibirsk State Medical University

Contact person: Anna Valentinovna Yakimova, yakimova@hotmail.com

*Here we reviewed the studies aimed at using anti-thrombotic therapy in pregnant women with impaired placental function (placental insufficiency). The majority of the studies published over the last 20 years examined administration of low molecular weight heparins, acetylsalicylic acid and dipyridamole. Convincing data about benefits of applying the second-generation low molecular weight heparin such as bemiparin vs. aspirin during anti-phospholipid syndrome in pregnant women are provided. Use of bemiparin during pregnancy in women with thrombophilia was safe and efficient, and provided high rate of live births with lacking any maternal and fetal complications.*

**Key words:** placental insufficiency, intrauterine growth retardation, anti-thrombotic therapy, dipyridamole, aspirin, low molecular weight heparin, bemiparin



**МОСКВА**  
**25-26 марта**  
**2016**

Международная междисциплинарная конференция

# **РАК ЯИЧНИКОВ**

**при участии ASCO, ESGO**

место проведения:

Интерконтиненталь Москва Тверская

(InterContinental Moscow Tverskaya),

г. Москва, ул. Тверская, 22

# Нео-Пенотран Форте Л – скорая помощь перед оперативным лечением

Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Ибрагимова

Адрес для переписки: Юлия Эдуардовна Доброхотова, pr.dobrohotova@mail.ru

*Представлены результаты исследования эффективности и безопасности препарата Нео-Пенотран Форте Л, который назначался перед оперативными вмешательствами по поводу различной патологии гениталий. Применение Нео-Пенотрана Форте Л позволило нормализовать микрофлору влагалища и способствовало более быстрому восстановлению эпителия влагалища.*

**Ключевые слова:** инфекционно-воспалительные заболевания, предоперационная подготовка, Нео-Пенотран Форте Л

**П**редоперационная подготовка и послеоперационное лечение гинекологических больных представляют собой сложную задачу. Необходимым условием проведения оперативного вмешательства на органах малого таза трансвагинальным, лапароскопическим, лапаротомным доступами является отсутствие воспалительного процесса в половых органах. При большом арсенале предложенных в последние годы консервативных методов лечения добиться полной санации и быстрой эпителизации раневой поверхности удается не всегда. Широкий спектр бактерий, вирусов и грибов в микробиоценозе влагалища затрудняет поиск надежного средства, которое действовало бы на все возможные виды микроорганизмов [1–3].

В связи с этим интересным представляется оценить эффективность, безопасность и переносимость препарата Нео-Пенотран Форте Л, применяемого для профилактики и лечения воспалительных процессов и нарушений заживления при проведении оперативных вмешательств трансвагинальным доступом по поводу различной патологии гениталий.

В состав Нео-Пенотрана Форте Л входят 750 мг метронидазола, оказывающего антибактериальное и антитрихомонадное действие, 200 мг микронизированного миконазола нитрата, обладающего противогрибковыми свойствами, и 100 мг лидокаина, дающего местный анестезирующий эффект. Миконазол и метронидазол не характеризуются синергическим или антагонистическим действием при одновременном приеме. Лидокаин стабилизирует нейронную мембрану, ингибируя ионные потоки, необходимые для возникновения и проведения импульсов, тем самым оказывая местное анестезирующее действие.

## Материал и методы

В исследование были включены 20 пациенток в возрасте от 21 года до 60 лет (средний возраст  $42,6 \pm 4,2$  года). Продолжительность заболевания составила от одного года до 17 лет. Пациенткам предстояло оперативное лечение по поводу различной патологии гениталий:

- влагалищная гистерэктомия по поводу пролапса гениталий (полное выпадение матки) (n = 3);

- укрепление средней трети уретры синтетической петлей (по методике TVT) по поводу пролапса гениталий и недержания мочи и пластика стенок влагалища (n = 7);
  - кольпоперинеолеваторопластика (n = 8);
  - Манчестерская операция (n = 2).
- До хирургического вмешательства все пациентки прошли обследование (гинекологический осмотр, клиническое исследование крови, мочи, микробиологическое и бактериоскопическое исследование флоры влагалища, ультразвуковое исследование гениталий). Были исключены инфекции: вирус иммунодефицита человека, гепатит, сифилис.

Результаты исследования оценивались по целому ряду параметров:

- ✓ данные клинической картины в динамике;
- ✓ субъективные ощущения больных в динамике;
- ✓ антибактериальный эффект по результатам микробиологических исследований до и после лечения;
- ✓ противовоспалительный эффект на основании данных клинических наблюдений (гинекологический осмотр, лабораторные исследования крови и мочи, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища);
- ✓ заживляющее действие по результатам клинического наблюдения при гинекологическом осмотре;
- ✓ безопасность и переносимость препарата на основании жалоб больных, анализа частоты и характера побочных реакций и осложнений.

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ СЕМЕЙСТВА НЕО-ПЕНОТРАН® ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ<sup>1-3</sup>

## Вершина эволюции



750 мг МЕТРОНИДАЗОЛ

200 мг МИКОНАЗОЛ

100 мг ЛИДОКАИН

## Оптимальное сочетание



750 мг МЕТРОНИДАЗОЛ

200 мг МИКОНАЗОЛ

## Проверенная классика



500 мг МЕТРОНИДАЗОЛ

100 мг МИКОНАЗОЛ

ООО «Ацино Рус»  
Россия, 127055, г. Москва, ул. Палиха, д. 10 стр. 3, офис В-3  
т. +7 (495) 502 9247 [www.acino-pharma.com](http://www.acino-pharma.com)



РЕКЛАМА

<sup>1</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Нео-Пентотран® Форте Л (РУ № ЛП-000486)

<sup>2</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Нео-Пентотран® Форте (РУ № ЛСР-006559/09)

<sup>3</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Нео-Пентотран® (РУ № П N014405/01)

Для подробной информации по препаратам Нео-Пентотран®, Нео-Пентотран® Форте и Нео-Пентотран® Форте Л ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.

Организации, уполномоченные принимать претензии на территории РФ:

по препаратам Нео-Пентотран® и Нео-Пентотран® Форте - Би-Си Фарма Б.В. (Нидерланды), адрес: 119435, Москва, ул. Малая Пироговская, д. 16, офис 61, тел./факс: +7 (495) 648 3947. [www.bc-pharma.ru](http://www.bc-pharma.ru)

по препарату Нео-Пентотран® Форте Л - ООО «Кофарм», адрес: 127006, г. Москва, ул. Малая Дмитровка, д. 4, офис 6, тел.: +7 (495) 937 5608 / факс: +7 (495) 937 5614. [www.copharm.ru](http://www.copharm.ru)

**Результаты и их обсуждение**

Анализ состояния микробиоценоза влагалища, лейкоцитарной реакции и показателя микробной обсемененности лактобацилл до лечения показал, что только у пяти (25%) женщин отсутствовала лейкоцитарная реакция и в экосистеме влагалища преобладали лактобактерии.

У шести (30%) больных чистота влагалища соответствовала второй степени и характеризовалась малым количеством лактобактерий, наличием грамположительных кокков и грамотрицательных палочек, присутствием лейкоцитов, моноцитов, макрофагов и эпителиальных клеток.

У пяти (25%) пациенток диагностирована третья степень чистоты влагалища с полным отсутствием лактобактерий, обильной полиморфной грамположительной и грамотрицательной палочковой и кокковой микрофлорой (обсемененность составляла свыше  $10^6$  КОЕ/мл), большим количеством лейкоцитов. У двух из них выявлены грибы рода *Candida*. Данную группу пациенток беспокоили явления вагинита (обильные влагалищные выделения, зуд).

У оставшихся четырех (20%) пациенток в мазках выявлялось незначительное количество лейкоцитов, «ключевые клетки». Значение pH влагалищного отделяемого превы-

шало 4,5. Бактериологическое исследование показало наличие обильной полиморфной флоры (более  $10^7$  КОЕ/мл), лактофлора отсутствовала. Пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения, иногда с неприятным запахом, что подтвердил осмотр (равномерные гомогенные сероватые выделения с неприятным запахом).

Все пациентки до операции получили монотерапию препаратом Нео-Пенотран Форте Л. Схема приема: по одному суппозиторию интравагинально на ночь в течение семи дней. Результаты бактериологического исследования флоры влагалища сразу по окончании лечения данным препаратом показали клиническое улучшение: стихание зуда, значительное уменьшение влагалищных выделений. Нормализовалась степень чистоты влагалищного содержимого. Количество лейкоцитов, обнаруживаемых в мазках, не превышало 20 в поле зрения. Лечение не повлияло на количество лактобактерий: оно оставалось сниженным у тех, у кого до лечения было низким, и не изменялось у тех, у кого ранее было в пределах нормальных значений. Общая обсемененность не превышала  $10^5$  КОЕ/мл. Кандидозная инфекция не определялась.

На основании анализа жалоб до и после лечения, отсутствия побочных реакций и осложнений переносимости препарата у всех пациенток была определена как хорошая.

После проведения оперативного лечения наблюдалась хорошая эпителизация раневой поверхности. Швы на промежности зажили первичным натяжением в 100% случаев, что способствовало более быстрой выписке пациенток из стационара.

**Выводы**

Нормальная флора влагалища до лечения была отмечена только у 25% больных с различной невоспалительной патологией гениталий. Следует обязательно обследовать пациенток перед операцией и в случае необходимости проводить коррекцию вагинальной микрофлоры.

Препарат Нео-Пенотран Форте Л продемонстрировал высокую эффективность при инфекционно-воспалительных заболеваниях женских половых органов и бактериальном вагинозе в период подготовки к хирургическому вмешательству. Его применение позволило нормализовать микрофлору влагалища и способствовало более быстрому и эффективному восстановлению эпителия стенок и купола влагалища. Препарат хорошо переносился, не вызывал побочных эффектов. Нео-Пенотран Форте Л может быть рекомендован для широкого использования в практическом здравоохранении. 📌

**Литература**

1. Доброхотова Ю.Э., Ибрагимова Д.М., Мандрыкина Ж.А., Серова Л.Г. Микробиоценоз генитального тракта женщин. Монография. М., 2015.
2. Макаров О.В., Савченко Т.Н., Алешикина В.А. Инфекции в акушерстве и гинекологии. М.: МЕДпресс-информ, 2009. С. 31–33.
3. Соколовский Е.В., Кисина В.И., Савичева А.М. и др. Клиническая интерпретация результатов микроскопического метода диагностики урогенитальных инфекций: рекомендации для врачей. СПб.: Н-Л, 2010.

**Neo-Penotran Forte L – a Pre-Operative Emergency Aid**

Yu.E. Dobrokhotova, D.M. Ibragimova  
Pirogov Russian National Research Medical University

Contact person: Yuliya Eduardovna Dobrokhotova, pr.dobrokhotova@mail.ru

*The data on efficacy, safety and tolerability of Neo-Penotran Forte L administered for prevention and treatment of inflammatory processes before surgical interventions related to genital pathology are presented in the paper. By introducing Neo-Penotran Forte L into a complex of therapeutic tools it contributed to rapid and efficacious recovery of epithelial cells within vaginal walls and vault.*

**Key words:** infectious and inflammatory diseases, pre-operative preparation, Neo-Penotran Forte L





# Пятая Московская юбилейная конференция по ВИЧ/СПИДУ в Восточной Европе и Центральной Азии

Москва  
23–25 марта  
2016 г.

Крупнейший  
международный форум  
по вопросам ВИЧ/СПИДа  
в Восточной Европе  
и Центральной Азии

Регистрация открыта на сайте  
[WWW.EESAAC2016.ORG](http://WWW.EESAAC2016.ORG)



ЮНЭЙДС

СПИД инфосвязь



@EESAAC\_official



facebook.com/eesaac2016



vk.com/eesaac2016

# Ведение послеабортного периода при использовании медикаментозного метода прерывания беременности на ранних сроках

Г.Б. Дикке

Адрес для переписки: Галина Борисовна Дикке, galadikke@yandex.ru

*Рассматриваются вопросы обеспечения безопасности аборт. Отмечаются безопасность и высокая эффективность медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках. Частота осложнений, требующих инструментальной ревизии полости матки, при медикаментозном аборте составляет 3–5%. В случае наличия безусловных показаний к хирургическому вмешательству удаление остатков рекомендуется проводить методом мануальной вакуумной аспирации с использованием гибких пластиковых канюль.*

**Ключевые слова:** прерывание беременности, медикаментозный аборт, мануальная вакуумная аспирация

Несмотря на распространение контрацепции, частота аборт в России продолжает оставаться высокой, что обуславливает актуальность задачи совершенствования медицинской помощи при аборте. Очевидна необходимость обеспечения качества и безопасности аборта путем внедрения стандартов необходимого объема помощи, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий безопасного аборта, адекватное обезбоживание, контрацепцию и реабилитацию [1]. Обеспечение безопасности аборт может быть достигнуто путем

замены травматической процедуры кюретажа на технологии и процедуры, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, такие как мануальная (ручная) вакуумная аспирация в первом триместре, медикаментозное прерывание беременности с помощью антигестагенов. Основным критерий в оценке эффективности медикаментозного аборта – отсутствие плодного яйца и его элементов в полости матки по результатам ультразвукового исследования. Однако интерпретация данных ультразвуковой картины М-эха после проведения процедуры медикаментозного аборта иногда вызывает затруднения ввиду полиморфизма визуализируемых структур.

В этой связи медикаментозное прерывание беременности требует более внимательного и длительного наблюдения, чем хирургический аборт. Результатом воздействия мифепристона на эндометрий является полная десквамация эндометрия и экспульсия плодного яйца [2, 3]. Распознаваемые продукты зачатия выводятся в течение четырех – шести часов после введения простагландина у 60–70% женщин и в течение 24 часов – у 85% женщин. Приблизительно у 95–96% пациенток полный аборт происходит в течение двух – семи дней после приема простагландина [2, 4, 5]. Эффективность применения мифепристона и мизопростала в первом триместре (до девяти недель) высока и составляет 95–99% [1, 6]. Кроме того, по данным многочисленных зарубежных исследований, снижение дозы мифепристона до 200 мг не влияет на эффективность процедуры [2, 7–9]. Мифепристон, вводимый в сочетании с простагландином, не прерывает беременность у 0,5–1% женщин [1, 3, 6]. Неполный аборт дополняется вакуумной аспирацией. В 0,8–1% случаев эту процедуру необходимо выполнять с целью гемостаза для прекращения сильного кровотечения. Кровотечение различной интенсивности начинается до приема



простагландина у 50–60% женщин, у остальных – в течение первых часов после введения простагландина. По результатам французского многоцентрового исследования сообщается, что длительность кровопотери у 90% женщин составила менее 12 дней, в среднем восемь дней [2]. Большинство женщин отмечают, что это кровотечение более обильное, чем менструация, но лечение, как правило, не требуется.

В ходе многоцентровых исследований во Франции и Великобритании эвакуация содержимого матки с целью прекращения кровотечений была сочтена необходимой в 0,4 и 1% случаев соответственно, а переливание крови выполняли в 0,1 и 1% случаев соответственно. Средняя величина кровопотери составила 74 мл (от 14 до 512 мл), среднее снижение концентрации гемоглобина – 0,3 г/дл [10].

Согласно данным отечественных исследований, частота осложнений, требующих инструментальной ревизии полости матки, не превышает 3–5%. К таким осложнениям относятся продолжающаяся беременность, задержка плодного яйца или его элементов в матке при прервавшейся беременности и кровотечение, интенсивность которого соответствует двум прокладкам «макси» в час на протяжении двух часов.

Оценка эффективности медикаментозного аборта проводится на основании сведений об экспульсии плодного яйца (визуальный контроль врачом или самой пациенткой, если аборт произошел в домашних условиях), бимануального обследования и ультразвукографического исследования, выполненного на 12–14-е сутки после приема препаратов. Проведение ультразвукового исследования ранее указанного срока, что практикуют некоторые российские врачи, нецелесообразно, поскольку полость матки опорожняется постепенно в течение двух недель, а ультразвукографическая картина в этот период отличается полиморфизмом. Так, на фоне

расширенного М-эха визуализируются множественные гипо- и гиперэхогенные структуры, что может привести к неправильной интерпретации результатов, гипердиагностике неполного аборта и неоправданной инструментальной ревизии полости матки.

Иллюстрацией к вышеизложенному могут служить следующие примеры. Ультрасонограммы пациенток, представленные на рис. 1 и 2, свидетельствуют об отсутствии плодного яйца в полости матки и доказывают эффективность выполненного медикаментозного аборта. Следует учитывать, что наличие в матке по данным ультразвукографии различных эконегативных и эхопозитивных структур в любом количестве (рис. 1, 2) не является показанием для выскабливания. Присутствие крови в полости матки после медикаментозного аборта у 30% женщин обусловлено недостаточным влиянием простагландина на сократительную активность миометрия, что было показано в экспериментальных исследованиях.

На основании ультрасонограммы, представленной на рис. 3, необходимо констатировать отсутствие эффекта от выполненного медикаментозного аборта, поскольку произошла задержка плодного яйца в полости матки.

Наличие структур в полости матки, интимно связанных с одной из ее стенок, может свидетельствовать о задержке частей хоримальной ткани (рис. 4). Отсутствие выраженного кровотечения или других клинических признаков неполного аборта позволяет врачу выбрать выжидательную тактику с последующим ультразвуковым контролем на пятый – седьмой день очередного менструального цикла.

Кровянистые выделения в течение двух-трех недель допустимы и не являются осложнением, требующим хирургического вмешательства.

При наличии «нечеткой» ультразвуковой картины и отсутствии клинических проявлений неполного аборта (более внизу живо-

та, повышения температуры тела, интенсивных кровянистых выделений из половых путей, мягкости и болезненности матки при бимануальном обследовании) возможна выжидательная тактика. Она включает профилактику воспалительных осложнений (антибактериальная терапия) и прием повторных доз мизопростола с целью усиления сократительной деятельности матки.

Если показания к хирургическому вмешательству безусловны, то в целях соблюдения принципа безопасности удаление остатков осуществляется методом мануальной вакуумной аспирации с использо-

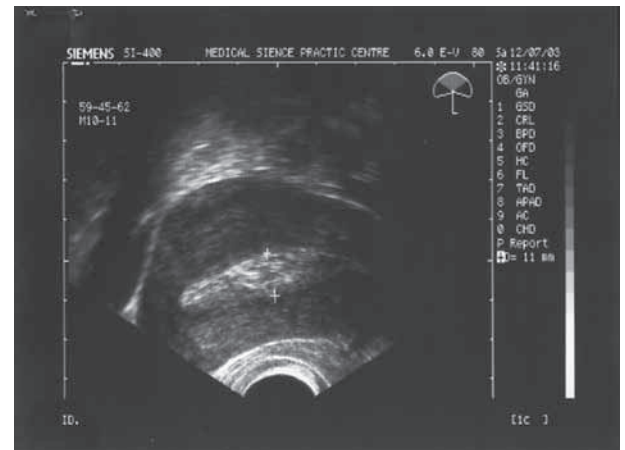
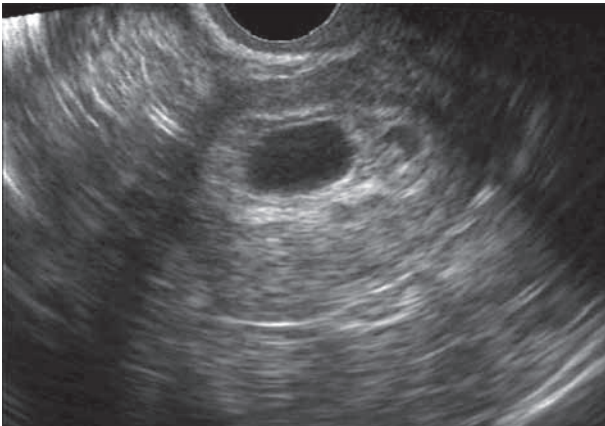


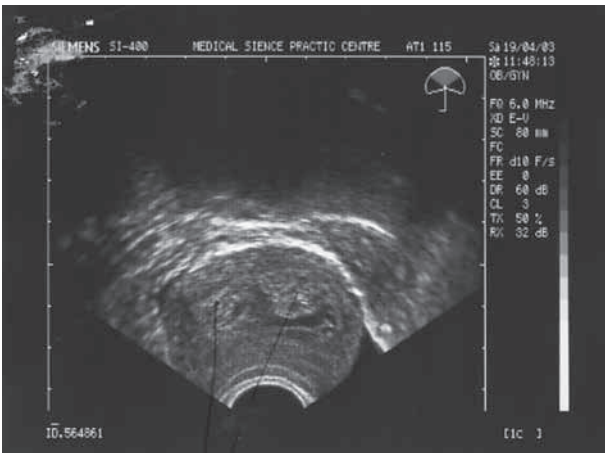
Рис. 1. М-эхо шириной 10 мм. Полость матки заполнена гипозэхогенным содержимым с наличием эхопозитивной взвеси. Заключение: состояние после медикаментозного аборта (наблюдение и фото автора)



Рис. 2. Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. Заключение: гематометра (наблюдение и фото автора)



**Рис. 3.** В полости матки визуализируется плодное яйцо. Заключение: неполный аборт (наблюдение и фото автора)



**Рис. 4.** Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. По задней и правой боковым стенкам визуализируются участки повышенной эхогенности размерами 15×9 и 10×6 мм, интимно связанные со стенкой матки. Заключение: остатки хориальной ткани (наблюдение и фото автора)

ванием гибких пластиковых канюль. Простота выполнения процедуры мануальной вакуумной аспирации, ее атравматичность позволяют бережно завершить медикаментозный аборт при его недостаточной эффективности. В настоящее время, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 223 от 30 марта 2006 г., кабинеты малой хирургии женских консультаций должны быть укомплектованы инструментарием для мануальной вакуумной аспирации (шприцы, канюли) в необходимом количестве.

Основное преимущество мануальной вакуумной аспирации состоит в атравматичности метода благодаря использованию самого устройства (шприца) и гибких канюль. Содержимое матки собирается в индивидуальный резервуар, что позволяет визуально контролировать удаленные ткани (плодное яйцо, хориальная ткань), в последующем кюретаже матки нет необходимости. Применение мягкой пластиковой канюли практически полностью исключает риск перфорации матки, а отсутствие острых краев отверстий канюли – риск повреждения базального слоя эндометрия. Размер канюли подбирается в соответствии со степенью открытия цервикального канала, при этом не надо расширять шейку матки расширителями Гегара. Риск инфицирования снижается благодаря однократному использованию канюли, а также бесконтактной методике проведения манипуляции, которая не предусматривает выведение канюли из полости матки до окончания процедуры. После эвакуации содержимого полости матки при осложненном медикаментозном аборте полученный материал фиксируется и направляется на гистологическое исследование в обычном порядке. Безопасный аборт, по мнению большинства зарубежных авторов, не требует специального восстановительного лечения. Вместе с тем не вызывает сомнений, что у женщин групп риска по нарушению репродуктивной функции послеабортная реабилитация и лечение обоснованы. Анализ морфометрических показателей эндометрия свидетельствует об ингибирующем действии мифепристона на эндометрий, характеризующимся развитием дегенеративных изменений железистых клеток. Кроме того, при применении этого препарата отмечается активация эндометриальной стромы (пролиферация, васкуляризация, отек). Под влиянием мифепристона также происходит увеличение числа рецепторов эс-

трогенов, поэтому с целью достижения полноценной секреторной трансформации эндометрия после аборта целесообразно назначить пациенткам прогестагены во второй фазе цикла. Из-за стресса в организме образуется избыточное количество свободных радикалов, которые вступают в реакцию с липидами и протеинами клетки и вызывают в ней значительные изменения. Учитывая механизм адаптации организма при стрессе, в комплекс послеабортной реабилитации целесообразно включать антистрессовые витамины. Нами была использована следующая схема реабилитации после медикаментозного прерывания беременности: в первые сутки с момента экспульсии плодного яйца применяли препарат Мульти-табс Интенсив по одной таблетке в течение месяца, с 16-го по 25-й день добавляли прием препарата Дюфастон по 10 мг два раза в день (патент № 2005108150/14 от 22.03.2005). Показаниями для назначения препаратов по указанной схеме считали:

- изменения срединных маточных структур (размеры полости матки) на контрольных ультразвукограммах (наличие гипоехогенного содержимого, расширение полости матки, неоднородность и экзогенные включения);
  - наличие факторов риска нарушений репродуктивной функции (указания на специфические генитальные инфекции в анамнезе, привычное невынашивание, перенесенные ранее операции на придатках, инфекции мочевыводящих путей, иммунодефицитные состояния).
- Данную схему реабилитации использовали у 44 женщин после медикаментозного прерывания беременности на раннем сроке. Оценивая состояние эндометрия пациенток при анализе контрольных ультразвукограмм, особое внимание обращали на срединные маточные структуры (размер полости матки, контуры, наличие включений).



# ФАСТ ТРАК

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ НАУЧНОЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

[www.fast-track.pro](http://www.fast-track.pro)

МНХО «Фаст Трак»

Российское общество хирургов (РОХ)

Российское общество эндоскопических хирургов (РОЭХ)

Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР)

ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих МЗ РФ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

- Ускоренное восстановление после хирургических вмешательств
- Оптимизация подготовки больных к операции
- Антибиотикопрофилактика и противомикробная терапия в периоперационном периоде
- Актуальные вопросы анестезиологического обеспечения в фаст-трак-хирургии
- Нутритивно-метаболическая поддержка на этапах хирургического лечения
- Профилактика и лечение тромботических осложнений у хирургических больных
- Эндовидеохирургия и роботизированная хирургия
- Мультиmodalное обезболивание в периоперационном периоде
- Технологии фаст-трак-хирургии в травматологии и ортопедии

## II КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО НАУЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА «ФАСТ ТРАК»

# МОСКВА, 27.04.2016

Москва, проспект Вернадского, 84, РАНХиГС при Президенте РФ

[www.2016.fast-track.pro](http://www.2016.fast-track.pro)

Технический организатор выставки и конференции

ООО «Ивентариум»

+7 (926) 965-25-05

[mail@eventarium.pro](mailto:mail@eventarium.pro)



[www.2016.fast-track.pro](http://www.2016.fast-track.pro)

У половины пациенток состояние полости матки было нормальным: ее толщина колебалась в пределах 4–7 мм, контуры были ровными, четкими, эндометрий по структуре соответствовал середине цикла или фазе пролиферации. В трети случаев было выявлено расширение полости матки до 10–12 мм (среднее значение  $7,0 \pm 0,15$  мм), отмечалось наличие гипоехогенных структур, иногда неровность контуров полости матки. У четырех женщин констатировано расширение М-эха до 16–22 мм, полость матки была заполнена множественными гипер- и гипоехогенными включениями. У двух пациенток визуализировались остатки хориальной ткани, у трех – отдельные признаки эндометрита. Сопоставление полученных ультрасонограмм

с клинической картиной течения послеабортного периода не давало оснований для инструментальной ревизии полости матки.

Женщинам была назначена реабилитационная терапия по разработанной схеме, их консервативно наблюдали. У всех пациенток на контрольном ультразвуковом исследовании, проведенном на пятые-шестые сутки от начала очередной менструации, имела место нормальная структура эндометрия, соответствующая ранней фолликулярной фазе менструального цикла. Наблюдение в течение последующих трех-четырех месяцев показало, что у всех женщин восстановился нормальный менструальный цикл.

Таким образом, рациональное ведение женщин после медика-

ментозного прерывания нежелательной беременности имеет важное значение, поскольку гарантирует в большинстве случаев благоприятный исход. Для улучшения результатов медикаментозного аборта показано применение оральных контрацептивов в цикле прерывания со дня экспульсии плодного яйца или гестагенов с 16-го по 25-й дни в сочетании с витаминами-антиоксидантами. После очередной менструации (на пятый – седьмой день от ее начала) в сомнительных случаях можно провести контрольное ультразвуковое исследование, по данным которого у 99% женщин визуализируется линейный однородный эндометрий, соответствующий фазе менструального цикла. ❁

## Литература

1. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В., Лаздане Г. Стратегический подход к улучшению оказания медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного выбора // Сборник материалов Международного конгресса «Репродуктивное здоровье семьи», Москва, 18–21 января 2010. М., 2010.
2. Fiala Ch. Improving medical abortion. Using mifepristone in combination with a prostaglandin analog. Stockholm, 2005.
3. Safe abortion. Technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2015 // apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO\_RHR\_15.04\_eng.pdf.
4. Aronsson A., Fiala C., Stephansson O. et al. Pharmacokinetic profiles up to 12 h after administration of vaginal, sublingual and slow-release oral misoprostol // Hum. Reprod. 2007. Vol. 22. № 7. P. 1912–1918.
5. Honkanen H., Piaggio G., von Hertzen H. et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion // BJOG. 2004. Vol. 111. № 7. P. 715–725.
6. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2012.
7. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases // BJOG. 2002. Vol. 109. № 9. P. 1281–1289.
8. Sing K.C., Ummat S., Rajaram S., Goel N. First trimester abortion with mifepristone and sublingual misoprostol: a pilot study // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2005. Vol. 45. № 6. P. 495–498.
9. Medical abortion at 57 to 63 days' gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2001. Vol. 80. № 5. P. 447–451.
10. Providing medical abortion in developing countries: an introductory guidebook. Results of a team residency at the Bellagio Study and Conference Center / ed. by K. Abuabara, J. Blum. New York: Gynuity Health Projects, 2004.

## Management of Post-Abortion Period during Administration of Medicated Interruption of Early Pregnancy

G.B. Dikke

Moscow State Institute of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Contact person: Galina Borisovna Dikke, galadikke@yandex.ru

Here, there were discussed issues of providing safety during abortions. It is noted that medicated interruption of early pregnancy was safe and high efficient. During medicated abortion, incidence of complications requiring instrumental revision of the uterine cavity was less than 3–5%. In case of absolute indications for surgical intervention, removal of any residuals is recommended to be done by manual vacuum aspiration with use of flexible plastic cannula.

**Key words:** interruption of pregnancy, medical abortion, manual vacuum aspiration

# DISCOVERYMED

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2016 ГОД

## Первое полугодие

**3 февраля**

VII Научно-практическая конференция «Грипп и другие респираторные инфекции: профилактика, диагностика и лечение» с симпозиумом «Бронхолегочные осложнения гриппа и ОРВИ»

**11 февраля**

VII Научно-практическая конференция «Заболевания шейки матки»

**2 марта**

VII Научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в практике терапевта» с симпозиумом «Болезни органов дыхания»

**30 марта**

III Научно-практическая конференция «Традиции и достижения российской педиатрии»

**20 апреля**

VIII Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неврологии» с симпозиумами «Нейропротекция при заболеваниях ЦНС» и «Профилактика и лечение клещевого энцефалита»

**12-13 мая, Москва**

IX Междисциплинарная научно-практическая конференция «Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия»

**19-20 мая**

IX Междисциплинарная научно-практическая конференция «Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия» с симпозиумами «Заболевания шейки матки» и «Мужское здоровье»

**9-10 июня**

Международная конференция «Белые ночи предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»

**Приглашаем вас принять участие в конференциях!**

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИЙ ПРОХОДЯТ ТЕМАТИЧЕСКИЕ ВЫСТАВКИ

(812) 274-08-62, 327-76-22 EXPO@DISCOVERYMED.RU WWW.TERRAMEDICA.SPB.RU

Адрес: 190000, Санкт-Петербург, ул. Ломоносова, д. 27  
Тел: +7 (812) 274-08-62, 327-76-22

# Опыт применения лекарственного препарата Тромбовазим для лечения эстроген-индуцированной хронической венозной недостаточности

Т.А. Эмедова, С.В. Мишенина, К.Ю. Макаров

Адрес для переписки: Татьяна Анновна Эмедова, fdpngma@mail.ru

*В патогенезе эстроген-индуцированной хронической венозной недостаточности большое значение имеют тромбообразование и ослабление лимфооттока. Авторы наблюдали пациенток с хронической венозной недостаточностью, принимающих гормональные препараты с целью заместительной терапии или контрацепции. Прием препарата Тромбовазим, который обладает тромболитической и лимфостимулирующей активностью, положительно влиял на объективный статус пациенток, повышал их толерантность к физическим нагрузкам. Можно рекомендовать использовать этот препарат в превентивной терапии нарушений гемостаза и реологии крови. Это позволит уменьшить риск сосудистых осложнений, повысит качество жизни женщин на фоне длительного приема гормональной заместительной терапии и гормональных контрацептивов.*

**Ключевые слова:** осложнения гормональной терапии, эстроген-индуцированная хроническая венозная недостаточность

## Актуальность

Проблема осложнений, возникающих на фоне применения содержащих эстроген препаратов с целью лечения и контрацепции, остается весьма актуальной в современной гинекологии [1, 2]. К наиболее распространенным осложнениям относятся возникновение и прогрессирование хронической венозной недостаточности.

В настоящее время для лечения хронической венозной недостаточности в качестве базисной терапии используются флеботонические препараты [3, 4]. Однако их эффективность ограничивается флеботонической и антиоксидантной фармакологической активностью. Между тем в патогенезе эстроген-индуцированной хронической венозной недостаточ-

ности большое значение имеют тромбообразование и ослабление лимфооттока.

На фармацевтическом рынке России представлен лекарственный препарат Тромбовазим, который обладает тромболитической и лимфостимулирующей активностью. Фармакологически активным агентом в этом препарате является иммобилизованный на полиэтиленоксиде фермент субтилизин. Накоплен достаточный опыт использования этого препарата при тромботических состояниях и сосудистых заболеваниях. Препарат отличают выраженная эффективность и хорошая переносимость [5, 6].

В статье представлены результаты применения Тромбовазима у женщин с хронической венозной недостаточностью, возникшей на фоне приема содержащих эстроген препаратов с целью заместительной гормональной терапии и оральной контрацепции.

## Цель

Проанализировать параметры эффективности и безопасности терапии препаратом Тромбовазим у женщин с хронической венозной недостаточностью на фоне применения заместительной гормональной терапии и оральной контрацепции.





## Задачи

Оценить влияние курсовой дозы Тромбовазима на выраженность симптомов хронической венозной недостаточности.

Оценить показатели гемостаза после проведения терапии Тромбовазимом.

Оценить характер и выраженность нежелательных явлений или реакций, если они наступят в результате приема Тромбовазима.

## Краткая характеристика лекарственного препарата Тромбовазим

Тромбовазим представляет собой высокоочищенный ферментный препарат, получаемый в результате иммобилизации на полиэтиленоксиде протеиназ семейства субтилизиннов. Препарат включен в группу лекарственных средств, действующих на сердечно-сосудистую систему, и может быть отнесен одновременно к двум подгруппам:

а) средствам, ингибирующим и стимулирующим систему свертывания;

б) средствам, улучшающим кровоснабжение органов и тканей, в подразделе «средства, улучшающие кровоснабжение и метаболизм миокарда».

Тромбовазим увеличивает фибринолитическую активность крови, оказывая прямое фибринолитическое действие. Обладает антитромботическим эффектом. Не снижает уровень фибриногена, тромбоцитов и не влияет на время свертывания и длительность кровотечения. Уменьшает интенсивность реперфузионных повреждений, поскольку обладает противовоспалительным и цитопротективным эффектом. Препарат выводится из организма почками (80%) и печенью (20%), при приеме *per os* биодоступность составляет 20%. Не гидролизует нативные белки тканей, не оказывает токсического или местно-раздражающего действия, не вызывает аллергических реакций. Препарат обладает тромболитическим эффектом, обусловленным прямой деструкцией нитей

фибрина, образующих основной каркас тромбов. Протеолитическая активность избирательна для белков поврежденных, нежизнеспособных и некротически измененных тканей. Нативные белки живых тканей устойчивы к ферментативному лизису протеаз Тромбовазима. Отклонений в показателях свертывания крови при однократном и многократном пероральном приеме в терапевтических дозах не наблюдается. Препарат также эффективен в качестве профилактического средства при угрозе развития венозных или артериальных тромбозов. Обладает антиагрегантными и фибринолитическими свойствами, является ангиопротектором и корректором микроциркуляции, а также проявляет противовоспалительные и анальгезирующие свойства. Снижает интенсивность ишемических и реперфузионных осложнений. В рекомендуемых терапевтических дозах может использоваться в качестве высокоэффективного профилактического и лечебного средства при ишемических и реперфузионных повреждениях различных органов. Доказано, что препарат обладает цитопротективной активностью, в частности кардиопротективной. Имеются данные о противовоспалительной активности препарата, его позитивном влиянии на трофические изменения ишемизированных тканей [7].

## Материал и методы

В группу наблюдения было включено 73 женщины с хронической венозной недостаточностью, принимающих гормональные препараты с целью заместительной терапии или контрацепции. Средний возраст составил  $39,6 \pm 7,5$  года, масса тела –  $69,4 \pm 11$  кг, рост –  $167,7 \pm 6,14$  см (распределение данных нормальное, метод анализа параметрический, t-критерий Стьюдента).

Тромбовазим назначался в соответствии с инструкцией по медицинскому применению в суточной дозе 1600 ЕД (по одной капсуле два раза в день). Продолжительность

лечения – 12 дней. Курсовая доза – 19 200 ЕД.

Методы и порядок контроля исследуемых признаков

- ✓ оценка клинической симптоматики в нижних конечностях по шкале CEAP до начала исследования и на 12–14-е сутки;
- ✓ оценка толерантности к нагрузкам по балльной шкале при хронической венозной недостаточности до начала исследования и на 12–14-е сутки;
- ✓ оценка показателей гемостаза, отражающих процессы тромбообразования, до начала лечения и на 12–14-е сутки;
- ✓ данные о безопасности на момент окончания курса терапии.

Исследования гемостаза проводились с помощью современных стандартизированных коагулологических наборов на коагулометре Sysmex CA-50 (Япония), лазерном анализаторе микрочастиц «Ласка-БИО» (НПФ «Люмекс», Санкт-Петербург, Россия).

Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 6.0. Была произведена проверка количественных признаков на соответствие закону нормального распределения. Для этого использовался критерий Шапиро – Уилка как наиболее надежный [8]. Признаки, у которых распределение данных соответствовало нормальному, анализировались с помощью параметрического метода – t-критерия Стьюдента для зависимых групп. Признаки, где распределение не соответствовало нормальному, анализировались непараметрическими методами с использованием критериев Вилкоксона для зависимых групп. Значения признавались достоверными при  $p < 0,05$ .

В качестве параметров безопасности фиксировались следующие нежелательные явления: смерть, кровотечение, аллергия и другое (с конкретным описанием).

## Результаты

Была проведена оценка состояния пациентов по модифицированной шкале CEAP в динамике (табл. 1). После курса лечения выявлены ста-

гинекология

тистически значимые изменения таких признаков, как боль, отеки и субъективное ощущение распирания. Отмечалась положительная динамика показателей по модифицированной шкале CEAP.

Оценивалась толерантность к нагрузкам (усталость ног после интенсивных физических нагрузок и при повседневном образе жизни) по балльной шкале (табл. 2). В исследуемой группе пациенток толерантность к физическим нагрузкам повышалась, различия до и после лечения были статистически значимы.

Для признаков, у которых распределение данных соответствовало нормальному (активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время), использовался параметрический метод – t-критерий Стьюдента для зависимых групп. Для протромбинового времени, международного нормализованного отношения, фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов, D-димеров, фибринолиза, плазминогена, агрегации с коллагеном (распределение, отличное от нормального) приме-

нялся статистический критерий Вилкоксона для зависимых групп (табл. 3).

Статистически достоверной была нормализация показателей свертывающей системы крови (протромбинового времени, международного нормализованного отношения, агрегации с коллагеном), что подтверждает снижение влияния на один из основных факторов тромбообразования. Результаты статистического анализа показали отчетливую тенденцию изменения в оценке динамики уровня растворимых

Таблица 1. Оценка состояния пациентов по модифицированной шкале CEAP до и после курса лечения\*

Признак	Valid N	T	Z	p-level
Выраженность отеков нижних конечностей	73	0,00	3,059412	0,002218
Выраженность боли в нижних конечностях	73	0,00	3,059412	0,002218
Субъективное ощущение распирания в нижних конечностях	73	0,00	3,179797	0,001474
Сумма баллов по шкале CEAP	73	0,00	3,179797	0,001474

\* Использовался критерий Вилкоксона для зависимых групп. Среди исследуемых пациенток пигментация кожи нижних конечностей наблюдалась только у одной женщины, поэтому статистическая оценка данного признака не проводилась.

Примечание. Valid N – суммарное количество элементов обеих выборок, T – значение t-статистики, Z – квантиль t-распределения с уровнем вероятности  $p = 1 - p\text{-level}$ , p-level – вероятность ошибочно отвергнуть нулевую гипотезу.

Таблица 2. Оценка динамики толерантности к нагрузкам по балльной шкале при хронической венозной недостаточности до и после курса лечения\*

Признак	Valid N	T	Z	p-level
Усталость ног после интенсивной физической нагрузки	73	24,00	0,800198	0,423597
Усталость ног при повседневном образе жизни	73	0,00	2,520504	0,011719
Сумма баллов толерантности к нагрузкам при хронической венозной недостаточности	73	0,00	2,934058	0,003346

\* Использовался критерий Вилкоксона для зависимых групп.

Таблица 3. Оценка динамики системы гемостаза до и после курса лечения

Признак	Valid N	T	Z	p-level
Протромбиновое время	73	0,00	2,934058	0,003346
Международное нормализованное отношение	73	0,00	2,934058	0,003346
Фибриноген	73	27,00000	1,292885	0,196052
Растворимые фибрин-мономерные комплексы	73	7,000000	1,836282	0,066317
D-димеры	73	12,50000	1,822672	0,06835
Фибринолиз	73	32,00000	0,943456	0,345448
Плазминоген	73	37,50000	0,559085	0,576104
Агрегация с коллагеном	73	5,000000	2,830369	0,004650



фибрин-мономерных комплексов и D-димеров, которые являются наиболее информативными показателями тромбинемии и активации внутрисосудистого свертывания. Так, уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов до начала приема Тромбовазима превышал нормативный показатель в среднем в 1,83 раза, а уровень D-димеров имел тенденцию к увеличению в 1,53 раза в сравнении с физиологической нормой. После приема Тромбовазима достоверно снизился уровень маркера тромбинемии.

Что касается безопасности терапии, то в группе наблюдения нежелательных явлений отмечено не было.

### Обсуждение результатов

Можно сказать, что при эстроген-индуцированной хронической венозной недостаточности применение лекарственного препарата Тромбовазим позволяет добиться положительной динамики даже после одной курсовой дозы. Отмечено позитивное влияние на объективный статус пациентов по показателям модифицированной шкалы CEAP, повышение у них толерантности к физическим нагрузкам. Препарат продемонстрировал благоприятное соотношение эффективности и безопасности. Исследование гемостаза показало, что препарат оказывал антиагрегантное действие, улучшал реперфузионные

показатели микроциркуляторного бассейна.

### Заключение

Тромбовазим является эффективным и безопасным средством лечения хронической венозной недостаточности и дисгормональных тромбофилических состояний у женщин на фоне длительного приема гормональной заместительной терапии и гормональных контрацептивов. Препарат может быть рекомендован для включения в программу превентивной терапии нарушений гемостаза и реологии крови, что позволит уменьшить риск сосудистых осложнений и повысить качество жизни женщин [9].

### Литература

1. Гребенникова Г.А. Менеджмент побочных эффектов комбинированной гормональной контрацепции (обзор международных рекомендаций) // Репродуктивная медицина. 2014. № 4. С. 44–47.
2. Мухамедишина В.Р., Соколова Т.М., Макаров К.Ю. Влияние методов контрацепции на репродуктивное здоровье женщин // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26. № 3. С. 66–68.
3. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю. Опыт 6-месячного применения экстракта красных листьев винограда при гормониндуцированной флеботопии // Ангиология и сосудистая хирургия. 2014. Т. 20. № 3. С. 102–107.
4. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Баженов А.Ю. и др. Медикаментозная коррекция негативных флеботропных эффектов гормонзаместительной терапии у женщин // Ангиология и сосудистая хирургия. 2009. Т. 15. № 3. С. 87–91.
5. Мадонов П.Г., Еришов К.И., Шилова М.А. Фармакологические свойства и клиническое применение Тромбовазима // Флебология. 2014. Т. 8. № 2. С. 90–91.
6. Мадонов П.Г., Киншт Д.Н., Еришов К.И. и др. Опыт клинического применения нового лекарственного препарата Тромбовазим в сосудистой хирургии // Ангиология и сосудистая хирургия. 2015. Т. 21. № 1. С. 99–104.
7. Плотников М.Б., Дыгай А.М., Алиев О.И. и др. Антитромботический и тромболитический эффект нового отечественного протеолитического препарата Тромбовазим // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2009. Т. 147. № 4. С. 418–421.
8. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа Сфера, 2006.
9. Шилева Н.С., Максимова Ю.В., Макаров К.Ю. Изменение артериального давления во время беременности // Медицина и образование в Сибири. 2008. № 5. [www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=324](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=324).

### Experience of Using Thrombovasim for Treatment of Estrogen-Induced Chronic Venous Insufficiency

T.A. Emedova, S.V. Mishenina, K.Yu. Makarov  
Novosibirsk State Medical University

Contact person: Tatyana Annovna Emedova, [fdpngma@mail.ru](mailto:fdpngma@mail.ru)

*Thrombogenesis and attenuated lymphatic drainage have a great importance in pathogenesis of estrogen-induced chronic venous insufficiency. Here we present the results of clinical observation by using Thrombovasim in female patients with chronic venous insufficiency, who take hormone-containing drugs for replacement therapy or contraception. It was shown that Thrombovasim displaying thrombolytic and lymphatic drainage-stimulating activity positively influenced objective status of patients and increased exercise tolerance. Thrombovasim may be recommended to be used in preventive therapy of hemostatic and hemorheology disorders. It might allow lowering risk of developing vascular complications, improving quality of patients' life during a long-term administration of hormone replacement therapy and hormonal contraceptives.*

**Key words:** complications of hormone therapy, estrogen-induced chronic venous insufficiency

# Периконцепционная профилактика перинатальной смертности – иллюзия или реальность

*Необходимым условием благоприятного течения беременности, развития плода и ребенка является периконцепционная профилактика. Она включает диагностику и санацию инфекций TORCH-комплекса (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус и герпес) и профилактику внутриутробных пороков развития, которые входят в тройку лидеров среди причин младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности. Одним из факторов, обуславливающих формирование внутриутробных пороков развития, является дефицит витаминов и минеральных веществ. Возможные пути восполнения необходимого уровня витаминов и минералов проанализировал д.м.н., профессор Олег Григорьевич ПЕКАРЕВ (Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова).*



**П**рофессор О.Г. Пекарев охарактеризовал текущую демографическую ситуацию в нашей стране. С одной стороны, Россия раньше ожидаемого срока вышла из стадии депопуляции – в 2012 г. против прогнозируемого 2015 г. Уже в 2013 г. рождаемость превысила уровень смертности. С другой стороны, наблюдаются катастрофические темпы убыли численности детского населения – на 6,5% (14,8 млн человек) за 1990–2012 гг. Ситуация усугубляется тем, что за последние восемь лет число пенсионеров превысило

число детей на 9%, число подростков уменьшилось на треть и не превышает 7,1 млн человек, из которых число девочек-подростков составляет всего 3,4 млн. По мнению профессора О.Г. Пекарева, выходом из сложившейся ситуации может стать снижение младенческой смертности, коэффициент которой в России пока еще выше, чем в развитых странах «Большой восьмерки», и составляет 8,3%. Надо отметить, что эта цель является приоритетной для стран всего мира. Сокращение смертности среди детей в возрасте до пяти лет на две трети и улучшение охраны материнского здоровья названы Организацией Объединенных Наций целями тысячелетия (1990–2015). В 2014 г. Россия достигла этих целей: показатели детской смертности были снижены в три раза, а материнской – в 4,5 раза по сравнению с 1990 г. Во многом это стало возможным благодаря реализации национального проекта «Здоровье» в области перинатологии. Снизить младенческую смертность можно за счет снижения

смертности от управляемых причин. Ведущую роль среди последних играют врожденные пороки развития (ВПР). Они входят в тройку лидеров среди причин младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности. Ежегодная доля рождения детей с ВПР в развитых странах колеблется от 4 до 6% и составляет около 20 млн детей. При этом 50% случаев приходится на летальные тяжелые ВПР.

В России ежегодно рождаются порядка 50 тыс. детей с ВПР, общее число больных с ВПР достигает 1,5 млн человек. ВПР занимают второе место в структуре перинатальной смертности в нашей стране. Наиболее распространенными и высоклетальными являются ВПР органов кровообращения, нервной системы и множественные пороки развития, диагностируемые пренатально в ходе ультразвукового исследования.

Формирование определенных ВПР определяется сроком действия повреждающего фактора. В первые семь – девять дней после зачатия формируются гаметопла-



Сателлитный симпозиум компании «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.»

тии, которые реализуются в виде наследственных заболеваний и синдромов. При поражении бластоцисты в первые 15 дней развиваются бластопатии, реализующиеся в виде двойниковых пороков, а с 16-го дня до конца восьмой недели – эмбриопатии. Наконец, фетопатии в виде редких пороков дистопии и гипоплазии органов формируются с девятой по 40-ю неделю беременности.

Зачастую причина ВПР кроется в нехватке витаминов. Дефицит витамина С испытывают от 70 до 100%, витаминов группы В – от 40 до 80%, фолиевой кислоты и фолатов – от 70 до 80% беременных. На сегодняшний день доказано, что необходимая суточная доза фолатов для женщин детородного возраста составляет 400 мкг/сут, во время беременности потребность в фолатах возрастает до 600 мкг/сут, а в период лактации – до 500 мкг/сут. К сожалению, фактический прием составляет около 200 мкг/сут, поскольку поступление этих необходимых веществ в организм с пищей ограничено.

Следует отметить, что потребление фолатов за восемь – двенадцать недель до зачатия позволяет достичь в организме оптимального уровня фолатов (> 906 нмоль/л) к восьмой неделе беременности и полностью обезопасить плод от такого ВПР, как дефект нервной трубки (рисунок). Именно поддержание уровня фолатов > 906 нмоль/л снижает риск преждевременных родов на 70%, гипотрофии – на 57%, ВПР сердца – на 26%. Уменьшается вероятность формирования аномалий развития мочевыделительной, нервной системы и системы кровообращения. Профессор О.Г. Пекарев обратил внимание слушателей, что в сыворотке крови должна присутствовать не просто фолиевая кислота, а ее активная форма – 5-метилтетрагидрофолат (5-МТГФ). Это объясняется тем, что синтетическая фолиевая кислота так же, как и большинство пищевых фолатов,

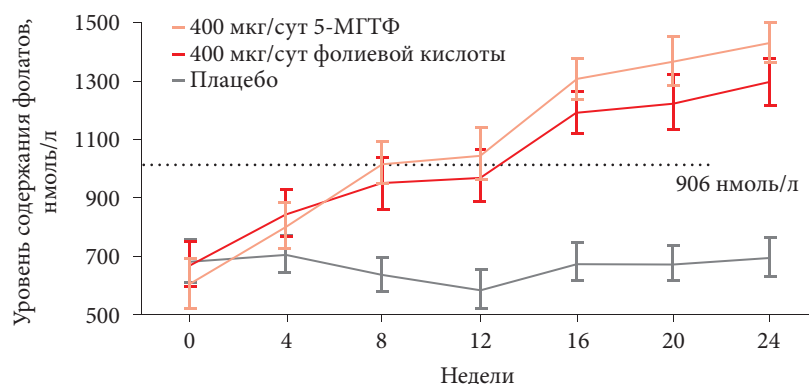


Рисунок. Содержание фолатов в эритроцитах крови после разового приема 400 мкг фолиевой кислоты или 5-МТГФ

биологически не активна и только с помощью фермента метилентетрагидрофолатредуктазы преобразуется в активный 5-МТГФ. Между тем у каждой второй женщины врожденный дефицит фермента не позволяет фолиевой кислоте превратиться в биологически активную форму 5-МТГФ. Именно поэтому прием обогащенной фолатами пищи и фолиевой кислоты не обеспечивает достаточный фолатный статус беременной.

В отличие от синтетической фолиевой кислоты метафолин, будучи биологически активной формой фолатов с высокой биодоступностью, всасывается в кровь без участия ферментативных систем кишечника, в том числе фермента метилентетрагидрофолатредуктазы. Метафолин непосредственно захватывается клетками и используется в обменных процессах – репликации ДНК и циклах метилирования. Активная форма фолатов – метафолин содержится только в Фемибионе Наталкере. В его состав входит 400 мкг фолатов, половина из которых представлена фолиевой кислотой и половина – метафолином. Дополнительный прием метафолина позволяет всем женщинам независимо от генотипа получить необходимое количество фолатов в период беременности и кормления грудью. Фемибион Наталкер также содержит витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>5</sub>, В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>), витамины С, Е, РР и йод.

Если Фемибион Наталкер I предназначен для приема с момента планирования беременности и до конца 12-й недели беременности, то Фемибион Наталкер II, в состав которого помимо фолатов, сбалансированного комплекса витаминов и йода входит также 200 мг докозагексаеновой полиненасыщенной жирной кислоты (ДГК), назначают с 13-й недели беременности и до окончания лактации. Следует отметить, что ДГК имеет принципиальное значение для развития мозга и новорожденного, его благополучной мыслительной деятельности. ДГК также считается важным компонентом развития и созревания светочувствительных клеток сетчатки глаза. ДГК накапливается в мембране нейронов мозга ребенка в третьем триместре беременности и в течение первых месяцев жизни. Именно поэтому, согласно новым международным рекомендациям, в период беременности и кормления грудью с пищей должно поступать не менее 200 мг/сут ДГК.

Таким образом, профилактика формирования ВПР, уменьшения риска осложнений, повышение вероятности благоприятного исхода беременности невозможны без восполнения дефицита необходимых витаминов и микроэлементов в прегравидарный период, во время беременности и лактации. ♡

акушерство

## Реабилитация женщин с нарушениями репродуктивной функции

На симпозиуме, организованном при поддержке компании «Пенткрофт Фарма», обсуждались вопросы реабилитации женщин после хирургической коррекции несостоятельного рубца на матке. Рассматривались клинические эффекты и механизмы действия грязей Мертвого моря. Были представлены результаты исследований, которые подтвердили эффективность внутриматочного кавитационного орошения и интравагинальной пелоидотерапии у пациенток с бесплодием, планирующих экстракорпоральное оплодотворение.



К.м.н. Е.Ю. Глухов

Как отметил доцент кафедры акушерства и гинекологии Уральского государственного медицинского университета, к.м.н. Евгений Юрьевич ГЛУХОВ, на сегодняшний день четких ультразвуковых маркеров для диагностики состояния и толщины рубца на матке при беременности и соответственно выбора метода родоразрешения не существует. «Поэтому мы считаем, что пришло время диагностировать несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения в интервальном периоде, то есть вне беременности», – пояснил докладчик.

Предположить несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения (выявить дефект стенки матки в нижнем сегменте и нефиксированный загиб матки кзади) вне беременности может и врач женской консультации. Такие пациентки должны пройти ультразвуковое

### Критерии диагностики и реабилитации женщин после хирургической коррекции несостоятельного рубца на матке

исследование органов малого таза с оценкой состояния области рубца на матке. Если подозрения на несостоятельность рубца сохраняются, то пациентку направляют в клинику для проведения прицельной диагностики, включающей специализированное ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию (при отсутствии возможности выполнить магнитно-резонансную томографию – гистеросальпингографию), гистеросальпингоскопию, посев на флору из полости матки и морфологическое исследование аспириата эндометрия.

Метаанализ, посвященный оценке факторов риска и характерных симптомов несостоятельного рубца на матке, показал, что достоверность при прогнозировании несостоятельного рубца имеют такие факторы, как наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе и ретрофлексия матки. Достоверными симптомами и жалобами можно считать наличие постменструальных кровянистых выделений, альгодисменореи, бесплодия и хронической тазовой боли<sup>1</sup>.

К основным ультразвуковым признакам несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения относятся деформация наружного

контура матки (втяжение), ниша (щель) со стороны полости матки, истончение миометрия в верхушке ниши менее 2,5 мм (рубец – полное отсутствие кровотока), жидкостные включения (мелкие кисты) в области рубца, жидкостное образование, очень крупный дефект в области рубца, истмоцеле (киста).

Оценку состоятельности рубца на матке с помощью ультразвукового исследования проводят с учетом толщины миометрия в верхушке ниши, ширины ниши, длины дефекта, ширины нижнего сегмента матки на уровне дефекта, расстояния от края дефекта до сосудистого пучка и расположения дефекта относительно внутреннего зева. В сомнительных случаях выполняется гидросонография.

С помощью магнитно-резонансной томографии можно определить размеры дефекта миометрия, толщину миометрия (рубца) в верхушке «ниши», локализацию дефекта относительно внутреннего зева, положение матки (ретрофлексия), а также наличие жидкостных образований в рубце и «вращение» мочевого пузыря в рубец.

Гистероскопическая картина при несостоятельном рубце на матке после кесарева сечения выглядит следующим образом:

<sup>1</sup> Taisser M.M., Nahed E.A., El Hamid El Ebeissy H.A. Caesarean section scar defects: clinical manifestations // Nat. Sci. 2012. Vol. 10. № 7. P. 11–17.

## Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

- на фоне розового эндометрия визуализируется ниша в виде полусферы (иногда с перемычками-хордами) с четкими, ровными краями;
- ниша (или ряд ниш в виде крупных сот) выстлана белой блестящей пленкой с выраженной сосудистой сетью – симптом «инъецированной склеры»;
- в области дефекта визуализируются «прилипшие» пузырьки газа, возможны очаги эндометриоза;
- по краям дефекта на границе с эндометрием визуализируются сосочковидные разрастания;
- нижний край ниши может граничить с внутренним зевом или переходить в цервикальный канал, у части пациенток он имеет вид «козырька» и затрудняет осмотр стенок и дна дефекта;
- кратерообразный дефект с округлыми краями белого цвета, занимающий большую часть нижнего сегмента матки, без возможности

осмотреть дно дефекта (как правило, истмоцеле);

- наличие признаков хронического эндометрита.

Е.Ю. Глухов привел собственные данные по использованию диагностики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения вне беременности. Всего была обследована 31 пациентка с несостоятельным рубцом на матке (средний возраст 33 года) с одним и более кесаревым сечением в анамнезе (впоследствии женщины были прооперированы). Гинекологические жалобы были у 54,8% женщин, в основном на постменструальное кровомазание, ретрофлексия матки – у 29%, бесплодие – у 10%. Средняя длина дефекта составила более 11 мм, средняя толщина передней стенки матки в верхушке ниши – 2,1 мм. Патологическое течение послеродового периода имело место только у 9,7% пациенток. При гистологическом исследовании ис-

сеченного рубца в 22,6% случаев выявлен эндометриоз.

По мнению докладчика, эффективным хирургическим методом коррекции несостоятельного рубца на матке является лапароскопическая метропластика. Мотивацией для выполнения лапароскопической метропластики в интервальном периоде могут служить угроза разрыва матки по рубцу во время беременности и родов, высокий риск гистерэктомии в родах при вращении последа в рубец и образовании «матовой грыжи», несостоятельный рубец с клиническими проявлениями, а также риск перфорации матки при медицинском аборте.

Существуют определенные показания к проведению лапароскопической метропластики в интервальный период:

- желание пациентки иметь последующие беременности;
- длина дефекта более 7–8 мм (более 1/3 ширины матки в области

### ФОТЕК АК101

Кавитационный ультразвуковой аппарат



#### НИЗКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

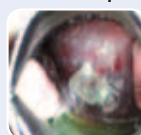
##### Показания:

- Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы (кольпит, вульвовагинит, цервицит и др.)
- Профилактика и лечение острого эндометрита после родов, аборта, выкидыша
- Лечение хронического эндометрита, подготовка к процедуре ЭКО
- «Экспресс-санация» половых путей перед оперативными вмешательствами с высоким риском инфекционных осложнений (внутриматочные вмешательства, эксцизия ш/м, установка сетчатых имплантантов и др.)
- Обработка раневой поверхности после хирургических вмешательств (удаление кондилом, серкляж, операции вагинальным доступом и др.) с целью снятия воспалительной реакции
- Активная санация нагноившихся послеоперационных швов передней брюшной стенки и послеродовых язв промежности

##### Метод позволяет:

- Очистить ткани от бактериальных пленок, гнойного и патологического налета
- Обеспечить создание депо лекарственных веществ в слизистой
- Снизить микробную обсемененность тканей, уменьшить всасывание токсинов
- Создать благоприятные условия для активации местного и общего иммунитета
- Значительно сократить сроки очищения и репарации воспаленных тканей, глубоко дезинфицировать раневую поверхность
- Повысить эффективность лечения и снизить лекарственную нагрузку на пациентку

##### Санация влагалища и шейки матки кавитированными лекарственными растворами при кольпите



Шейка матки до обработки



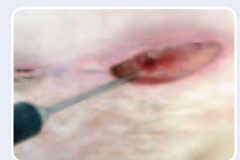
Воздействие направленной кавитационной струей



Шейка матки через сутки после обработки

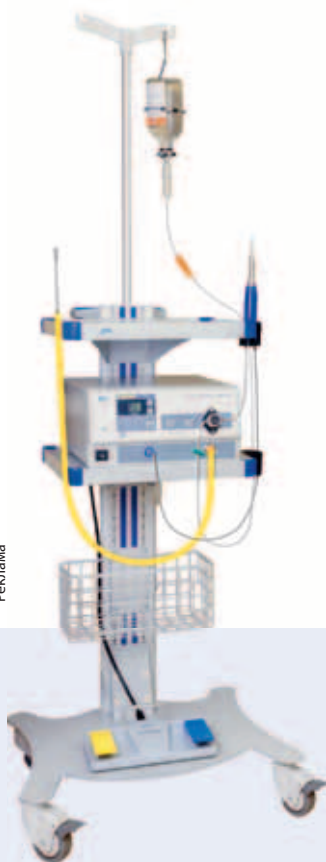


Местная санация полости матки за счет кавитационного распыления растворов при эндометрите



Ультразвуковая обработка гнойной раны передней брюшной стенки

Реклама



- рубца), ширина дефекта более 4 мм;
- формирование истмощеле;
- толщина стенки матки в верхушке ниши менее 2,5 мм;
- наличие жидкостного образования в рубце;
- эндометриоз рубца (при наличии пограничных размеров);
- наличие пограничного размера дефекта в сочетании с клиническими проявлениями (дисменорея, боли, бесплодие, постменструальное кровомазание).

Непременными условиями для проведения подобной коррекции считаются локализация дефекта выше внутреннего зева и комплексная санация хронического эндометрита. «За период с 2009 по 2015 г. нами выполнена лапароскопическая метропластика 55 пациенткам с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения. Данные проведенного через четыре-пять месяцев после операции обследования показали, что толщина передней стенки матки в области рубца у них составляет свыше 7 мм», – констатировал Е.Ю. Глухов. Из 35 пациенток, прооперированных свыше года назад и имеющих возможность выполнять репродуктивную функцию, 23% не планируют беременность и используют контрацепцию, 14,3% лечат бесплодие. У 11 (31,4%) прооперированных женщин беременность наступила. Шесть случа-

ев закончились благополучными родами, три – замершей беременностью, один случай – выкидышем. Таким образом, около 35% беременностей закончились неудачно. Все пациентки с неразвивающейся беременностью имели хронический эндометрит и не были реабилитированы после хирургического вмешательства. Реабилитация после лапароскопической метропластики нижнего сегмента матки должна включать применение контрацептивов до шести месяцев с последующей прегравидарной подготовкой. При наличии хронического эндометрита показано комплексное лечение, включающее обработку полости матки кавитированными растворами антисептиков с помощью аппарата Фотек АК101 и курс интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря в сочетании с магнитотерапией (10–12 процедур). Пелоидотерапия и кавитационное ультразвуковое внутриматочное орошение также показаны при наличии бесплодия различного генеза и неразвивающейся беременности в анамнезе<sup>2,3</sup>. Обработка полости матки растворами антисептиков, кавитированных ультразвуком низкой частоты, характеризуется следующими лечебными эффектами:

- прямое антимикробное воздействие за счет дезинтеграции микробной стенки;

- повышение чувствительности микроорганизмов к действию антибиотиков и антисептиков, что приводит к более быстрой их элиминации;
- увеличение терапевтической активности лекарственных средств;
- улучшение локального кровотока за счет микромассажа миометрия, что приводит к росту эндометрия при его гипоплазии (тонкий эндометрий).

Иловая грязь Мертвого моря оказывает выраженное противовоспалительное и обезболивающее, иммуномодулирующее и антиоксидантное, фибролитическое, бактерицидное и бактериостатическое действие, а также усиливает кровоток и обменные/трофические процессы в эндометрии.

Завершая выступление, Е.Ю. Глухов отметил, что нельзя недооценивать проблему несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения, тем более что число пациенток с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения, вероятнее всего, будет только увеличиваться. Целесообразно проводить оценку состояния рубца на матке на этапе прегравидарной подготовки. Частое сочетание несостоятельного рубца на матке с хроническим эндометритом требует полноценной диагностики этого состояния, предоперационной санации и последующей комплексной терапии (реабилитации).



Профессор  
Т.Е. Белокриницкая

#### Эффективность интравагинальной пелоидотерапии у пациенток с бесплодием, планирующих экстракорпоральное оплодотворение

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Читинской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор Татьяна Евгеньевна БЕЛОКРИНИЦКАЯ представила эпидемиологические данные распространенности бесплодия в ряде регионов Сибирского фе-

дерального округа. Так, частота бесплодных браков в Томской области составляет 17,4%, в Кемеровской области – 20,3%, в Иркутской области варьирует от 16,4 до 21%, в Забайкальском крае оценивается в 25,3%.

В Забайкалье объектом исследования были в основном женщины

<sup>2</sup> Глухов Е.Ю., Богданова А.М., Козырева Е.Н. Использование низкочастотного ультразвука в лечении пациенток с хроническим эндометритом, страдающих различными формами бесплодия // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 1. С. 32–37.

<sup>3</sup> Мелкозерова О.А., Башмакова Н.В., Глухов Е.Ю. и др. Эффект ультразвуковой кавитации в восстановлении эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом после прерывания регрессирующей беременности // Практическая медицина. 2015. № 1. С. 25–32.





## Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

фертильного возраста (18–35 лет). Исследование показало, что соотношение числа инфертильных (25,3%) и фертильных женщин (74,7%) составляет 1:3. В структуре инфертильности преобладало вторичное бесплодие (56,3%). Следует отметить, что из числа опрошенных 44% женщин были добровольно бесплодны, поскольку не обследовались и не лечились. Среди причин бесплодия у женщин раннего фертильного возраста преобладала трубно-перитонеальная форма (44,6%). Два фактора имели место в 10,5% случаев. Наиболее частым сочетанием были трубно-перитонеальный фактор + хронический эндометрит и трубно-перитонеальный фактор + недостаточность лютеиновой фазы. Существуют ли альтернативные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия и пути повышения эффективности стандартизированных методов?

Одним из наиболее распространенных методов использования естественных физических средств в гинекологии считается грязелечение<sup>4</sup>. Пелоиды являются одним из наиболее физиологических факторов, нормализующих гормональную функцию яичников<sup>5</sup>. Пелоидотерапия восстанавливает рецептивность и трофику эндометрия. Грязи широко использовались в гинекологической практике еще в дореволюционной России, а влагалищные грязевые тампоны впервые были применены в 1896 г. на Старорусском курорте при лечении ряда гинекологических заболеваний.

Влияние грязелечебных процедур обусловлено тремя факторами: температурным (большая теплоемкость, малая теплопроводность, отсутствие конвекции), химическим (неорганические кислоты, органические соединения – гумины,

битумы и другое, микроэлементы, гормоноподобные вещества и т.д.) и механическим (давление, трение).

Самым соленым и большим в мире минеральным источником является Мертвое море, которое в своих нынешних очертаниях существует более 500 лет, толщина осадочного слоя составляет 100 м. Лечебная грязь Мертвого моря относится к группе хлорсульфидных илов и отличается очень высокой минерализацией, то есть высокой концентрацией тех компонентов, которые обладают лечебными свойствами (в 1 л грязи содержится 300 г действующих веществ). Иловая грязь Мертвого моря характеризуется уникальным составом, благодаря которому и достигается мощный целебный эффект. Показания для применения грязи в гинекологической практике очень разнообразны и включают:

- хронические воспалительные заболевания внутренних гениталий с частыми обострениями (но не ранее четырех недель после очередного обострения);
- хронический сальпингоофорит, параметрит с выраженными рубцово-спаечными процессами в малом тазу;
- хронические воспаления придатков матки в сочетании с неспецифическими кольпитами, эндоцервицитами;
- первичное и вторичное бесплодие трубно-перитонеального генеза;
- синдром хронических тазовых болей;
- бактериальный вагиноз;
- хронический атрофический вагинит;
- недержание мочи;
- спаечный процесс в области малого таза и брюшной полости.

К противопоказаниям относятся общие противопоказания к сана-

торно-курортному лечению, индивидуальная непереносимость компонентов продукта, злокачественные новообразования и подозрение на них, беременность и менструация.

На сегодняшний день женщины могут пройти курс пелоидотерапии во внекурортных и домашних условиях. Это стало возможным благодаря современной форме выпуска пелоидов Мертвого моря. Гель на основе грязи Мертвого моря выпускается в одноразовых инъекторах, содержащих до 60 мл геля, вместе с одноразовыми влагалищными/ректальными катетерами. В упаковке шесть инъекторов и шесть катетеров.

Методика влагалищного введения проста и может быть выполнена самой пациенткой. Последовательность действий такова:

- с инъектора снимают колпачок и надевают катетер;
  - через катетер выдавливают немного геля и смазывают им кончик катетера;
  - в положении на спине с разведенными ногами катетер вводят во влагалище на 8–10 см и выдавливают гель из инъектора;
  - в течение 20–25 минут пациентке следует оставаться в горизонтальном положении (до окончания процедуры);
  - затем гель удаляют из влагалища спринцеванием водой 37–38 °С (расход воды на спринцевание составляет 300–500 мл).
- Пилотное плацебоконтролируемое исследование по оценке влияния пелоидов на гормональный уровень, проведенное профессором Е.Ф. Кира и Н.В. Артымук (2010), показало, что пелоиды достоверно значимо ( $p < 0,001$ ) повышают уровень прогестерона и эстрадиола по сравнению с плацебо<sup>6</sup>. На фоне пелоидотерапии улучшался кровоток в яичниковых ар-

акушерство

<sup>4</sup> Гинекология. Руководство для врачей / под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. М.: Литтерра, 2008. С. 478–485.

<sup>5</sup> Дикке Г.Б., Кира Е.Ф., Маев Э.З. и др. Клиническое применение соли и грязи Мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин: клинические рекомендации. М., 2010.

<sup>6</sup> Артымук Н.В., Кира Е.Ф., Кондратьева Т.А. Эффективность и безопасность интравагинального применения геля, изготовленного на основе грязи Мертвого моря, у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы // Журнал акушерства и женских болезней. 2010. Т. 59. № 4. С. 24–29.

Таблица. Первичные и вторичные исходы лечения

Критерий	Пелоиды (n = 44)	Фонофорез/ультразвук (n = 47)	$\chi^2$ , p $\chi^2$	ОШ (95% ДИ)
<b>Первичный исход</b>				
Нормализация подвижности матки и придатков	19 (43,2%)	8 (17,0%)	6,25, p = 0,01	2,6 (1,3–6,2)
Восстановление уровней гормонов	5 (11,4%)	1 (2,1%)	1,83, p = 0,18	5,4 (1,8–10,8)
Изменение состояния эндометрия	25 (56,8%)	3 (6,4%)	24,82, p = 0,00	8,8 (3,0–11,6)
Восстановление овуляции	7 (15,9%)	1 (2,1%)	3,80, p = 0,51	7,6 (2,2–11,7)
<b>Вторичный исход</b>				
Наступление беременности	17 (38,6%)	5 (10,6%)	8,27, p = 0,004	3,6 (1,7–7,5)
Спонтанный выкидыш на малом сроке	1 (2,3%)	1 (2,1%)	0,45, p = 0,504	1,1 (0,1–7,8)
Беременность завершилась родами	16 (36,4%)	4 (8,5%)	4,30, p = 0,038	6,1 (1,8–8,2)

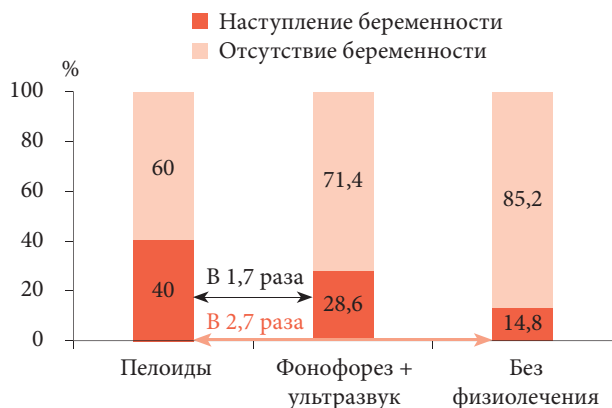


Рисунок. Результативность ЭКО у пациенток сравниваемых групп (n = 51)

териях, что способствовало нормализации гормонального фона организма. Доказано, что применение грязей приводит к увеличению концентрации прогестерона и эстрадиола как у женщин с нормальной функцией яичников, так и с недостаточностью гормональной функции желтого тела<sup>7</sup>. Профессор Т.Е. Белокрыницкая представила результаты собственного когортного проспективного

исследования по оценке эффективности интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря у женщин с бесплодием<sup>8</sup>. В исследование были включены 118 пациенток раннего репродуктивного возраста с бесплодием трубно-перитонеального генеза и/или в сочетании с хроническим эндометритом или недостаточностью лютеиновой фазы. Женщины были разделены на три сопоставимые группы. В первой (основной) группе 44 пациентки получали интравагинальную терапию грязями Мертвого моря в течение десяти дней. Во второй группе (сравнения) 47 пациенткам проводились лекарственный фонофорез и ультразвуковая терапия. В третьей группе (контроля) 27 женщин готовились к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) и отказались от любых физиотерапевтических процедур. Полученные результаты продемонстрировали значимое преимущество интравагинальной терапии пелоидами Мертвого

моря. Оценка первичных исходов показала, что на фоне применения пелоидов у пациенток отмечалось восстановление уровней гормонов в 5,4 раза чаще, изменение состояния эндометрия в пользу нормализации гистологической структуры – в 8,8 раза чаще, восстановление овуляции – в 7,6 раза чаще, чем в группе сравнения. Все это способствовало увеличению частоты наступления беременности в основной группе. Согласно анализу вторичных исходов лечения, при пелоидотерапии в 3,6 раза чаще наступала беременность, которая в 6,1 раза чаще завершалась родами, чем в группе сравнения, при одинаковой частоте спонтанных выкидышей на малом сроке в сравниваемых группах (таблица). После пелоидотерапии у девяти (31,0%) пациенток с проксимальной окклюзией маточных труб и хроническим эндометритом, планировавших ЭКО, наступила спонтанная беременность. Тем пациенткам, у кого беременность не наступила спонтанно (n = 51), было выполнено ЭКО. Сравнение исходов ЭКО в трех группах показало, что интравагинальное введение пелоидов Мертвого моря повышало эффективность ЭКО в 1,7 раза по сравнению с фонофорезом/ультразвуком (40 против 28,6%) и в 2,7 раза по сравнению с отсутствием физиолечения (40 против 14,8%) (рисунок). «Таким образом, интравагинальная терапия пелоидами Мертвого моря у пациенток раннего репродуктивного возраста с бесплодием способствует повышению частоты спонтанного наступления беременности в 3,6 раза и существенно улучшает результаты ЭКО, увеличивая вероятность наступления биологической беременности в 1,7–2,7 раза», – подчеркнула профессор Т.Е. Белокрыницкая в заключение.

<sup>7</sup> Bromirska D. Effect of hyperthermic and isothermic mud application on hormonal function on normal and insufficient corpus luteum in women // Ann. Acad. Med. Statin. 1993. Vol. 39. P. 133–146.

<sup>8</sup> Белокрыницкая Т.Е., Фролова Н.И., Глотова Е.Ю. и др. Эффективность интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря у женщин с бесплодием // Акушерство и гинекология. 2014. № 7. С. 68–73.

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

**Клинические эффекты и механизмы действия  
высокоминерализованного пелоида в реабилитации женщин  
с нарушениями репродуктивной функции**

В настоящее время самыми актуальными репродуктивными проблемами являются бесплодие, где наибольшее значение имеют трубно-перитонеальный фактор, хронический эндометрит и состояния, которые ему сопутствуют. По данным, которые привела профессор РУДН, д.м.н. Галина Борисовна ДИККЕ, частота хронического эндометрита при бесплодии составляет 12–68%, неудачах ЭКО – 60–80%, привычном невынашивании беременности – 70%, а при самопроизвольных абортках и неразвивающейся беременности – 90–92%.

Существенный вред репродуктивному здоровью также наносят опорожнение матки методом кюретажа при самопроизвольном выкидыше, что, как показывают данные многочисленных исследований, значительно повышает риск преждевременных родов при последующей беременности. Доказано, что риск самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов уменьшается при изменении соотношения используемых для опорожнения матки методов в пользу медикаментозного<sup>9</sup>. В развитых странах дилатация и кюретаж не применяются в случае неразвивающейся беременности, самопроизвольного аборта и неполного аборта (уровень доказательности рекомендаций А)<sup>10</sup>.

В нашей стране до сих пор нет четких критериев поэтапной диагностики хронического эндометрита и программы восстановления репродуктивной функции женщин с хроническим эндометритом и повреждением рецепторного аппарата. Анализ данных литературы показывает, что, как правило, ре-

абилитационные мероприятия проводятся в два этапа. Первый этап включает устранение инфекции и коррекцию иммунных нарушений, второй этап – восстановление морфофункционального потенциала ткани эндометрия и устранение последствий вторичных повреждений. Если устранение инфекции с помощью антибактериальной терапии показано только тем, у кого выявлена инфекция, то в восстановлении эндометрия и устранении хронического эндометрита нуждаются все пациентки.

Восстановительная медицина предусматривает коррекцию метаболических нарушений и последствий ишемии (усиление тканевого обмена, активация энергетических процессов в клетках, устранение последствий гипоксии ткани), применение препаратов метаболической терапии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия, в том числе с помощью физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения.

Пелоидотерапия относится к сильнодействующим лечебным средствам, и ее осуществляют на многих грязевых курортах. Лечебные грязи отличаются друг от друга основным компонентом механизма действия – химическим, то есть по составу и концентрации минералов, которые содержатся в лечебной грязи. Грязь Мертвого моря обладает уникальным составом – содержание активных веществ в ней в 4–30 раз выше, чем в других известных грязевых месторождениях. Клиническая эффективность геля на основе грязи Мертвого моря изучалась в целом ряде российских



Профессор Г.Б. Дикке

исследований, как в небольшом рандомизированном контролируемом, так и в проспективных сравнительных с уровнем доказательности В, результаты которых дают основание рекомендовать данный вид терапии к применению в клинической практике<sup>6, 8, 11–13</sup>.

Далее профессор Г.Б. Дикке подробно рассмотрела наиболее значимые лечебные эффекты грязи Мертвого моря.

Исследованиями доказано, что лечебная грязь Мертвого моря оказывает выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие, которое превосходит другие физиотерапевтические воздействия в 1,8 раза. В основе механизма этого действия – подавление простагландинового каскада, что обусловлено действием содержащихся в грязи активных субстанций: витаминов, микроэлементов, органических соединений.

Лечебная грязь Мертвого моря обладает дефибрирующим (адгезиолитическим) свойством, которое превосходит другие физиотерапевтические воздействия в 1,5 раза. При этом частота морфологических признаков хронического эндометрита у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием снижается в 2,5 раза после проведенной терапии, а у женщин с вы-

<sup>9</sup> Oliver-Williams C., Fleming M., Wood A.M., Smith G. Previous miscarriage and the subsequent risk of preterm birth in Scotland, 1980-2008: a historical cohort study // BJOG. 2015. Vol. 122. № 11. P. 1525–1534.

<sup>10</sup> Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. London: RCOG, 2012.

<sup>11</sup> Устинова Т.А. Влияние интравагинальной пелоидотерапии на биоценоз влагалища у пациенток с бесплодием // Мать и дитя в Кузбассе. 2011. № 1. С. 323–327.

<sup>12</sup> Василенко Г.И., Дикке Г.Б. Курорт Мертвого моря на дому. Возможность повышения эффективности лечения трубно-перитонеального бесплодия у женщин // Фарматека. 2013. № 12. С. 74–79.

<sup>13</sup> Царькова М.А. Комплексное лечение и профилактика рецидивов бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // Медицинский совет. 2014. № 2. С. 68–71.

# ГРЯЗИ МЕРТВОГО МОРЯ

в лечении бесплодия  
у женщин и хронических  
заболеваний половых  
органов у женщин  
и мужчин



реклама

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР:  
ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»  
Тел./факс (495) 788-77-46,  
e-mail:pentcroft@mail.ru  
WWW.REPRO21.RU

кидышами в анамнезе – в 3,3 раза по сравнению с плацебо. В основе механизма действия – влияние на пролиферацию клеток, миграцию фибробластов и клеточную активность, что было показано в исследованиях на лабораторных животных. Лечебная грязь Мертвого моря улучшает гормональную функцию яичников и способствует восстановлению овуляции, повышая уровни эстрадиола и прогестерона в среднем в два раза. Было показано, что грязелечение не только оказывает прямое нормализующее влияние на гормонообразование в яичниках, но и воздействует на рецепторный аппарат половых органов, восстанавливая его чувствительность к половым стероидам.

Лечебная грязь Мертвого моря улучшает кровообращение в органах малого таза, в наибольшей степени в яичниковых артериях на стороне формирования желтого тела с улучшением его трофики. Иммуномодулирующий и антиоксидантный эффект реализуется за счет общего влияния пелоидотерапии. Иммунологические сдвиги при

пелоидотерапии обусловлены их общефизиологическим действием на организм, прежде всего на гипоталамо-гипофизарно-адреналовую систему. Физическая модуляция иммунного ответа основывается на неспецифическом раздражении лимфоидной ткани и последующей ее реакции на раздражитель.

Антимикробное свойство иловой грязи Мертвого моря подтверждено лабораторными исследованиями. Доказано прямое подавляющее влияние лечебной грязи Мертвого моря в экспериментах на тестовые микроорганизмы (*Propionibacterium* и *Candida albicans*). Выраженный антимикробный эффект объясняется высоким содержанием сульфидных групп, ионов брома и цинка в лечебной грязи Мертвого моря. Резюмируя вышесказанное, профессор Г.Б. Дикке констатировала, что все перечисленные механизмы действия и создают тот уникальный лечебный эффект пелоидотерапии, благодаря которому грязь Мертвого моря может широко применяться для комплексного лечения нарушений репродуктивной функции.

## Заключение

Восстановление фертильности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и хроническим эндометритом остается трудной задачей. Повысить эффективность терапии можно с помощью комплексного подхода с использованием внутриматочного орошения кавитированными лечебными растворами и лечебной грязи Мертвого моря.

Применение интравагинальной пелоидотерапии у пациенток раннего репродуктивного возраста с бесплодием трубного генеза и/или в сочетании с хроническим эндометритом или недостаточностью лютеиновой фазы способствует повышению частоты спонтанного наступления беременности в 3,6 раза и существенно улучшает результаты ЭКО, увеличивая вероятность наступления беременности в 1,7–2,7 раза.

Терапия с использованием внутриматочного кавитационного орошения и высокоминерализованных пелоидов Мертвого моря в сочетании с магнитотерапией также показана в качестве реабилитации после лапароскопической метропластики нижнего сегмента матки у женщин с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения.

Клиническая эффективность геля на основе грязи Мертвого моря изучалась в целом ряде российских исследований, результаты которых дают основание рекомендовать пелоидотерапию к применению в клинической практике. На сегодняшний день женщины могут пройти курс влагалищного грязелечения в амбулаторных условиях благодаря современной форме выпуска геля на основе грязи Мертвого моря в виде одноразовых инъекторов, содержащих до 60 мл геля, вместе с одноразовыми влагалищными/ректальными катетерами. ◻

## УЧАСТИЕ В РАБОТЕ XXIII РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

11–14 АПРЕЛЯ 2016 ГОДА  
В ЦЕНТРЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ МОСКВЫ,  
КРАСНОПРЕСНЕНСКАЯ НАБЕРЕЖНАЯ, Д. 12

- ◆ **Новое направление конгресса** — создание научной площадки для института главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации. Участники конгресса получат возможность ознакомиться с основными достижениями, приоритетными направлениями и перспективами развития различных областей здравоохранения, главные внештатные специалисты – представить свои научные школы и новейшие клинические рекомендации вверенных им отраслей медицинской науки.

### Регистрация и заявки участников на сайте [www.chelovekilekarstvo.ru](http://www.chelovekilekarstvo.ru).

Предварительная регистрация на сайте [www.chelovekilekarstvo.ru](http://www.chelovekilekarstvo.ru).

Регистрация во время проведения конгресса — в холле первого этажа конгресс-центра.

Регистрация для лиц без оплаты оргвзноса обязательна.

Полная информация о конгрессе размещена на сайте [www.chelovekilekarstvo.ru](http://www.chelovekilekarstvo.ru).

### ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- ◆ внутренние болезни
- ◆ гастроэнтерология
- ◆ гинекология
- ◆ кардиология
- ◆ клиническая фармакология
- ◆ педиатрия (антибактериальная терапия)
- ◆ педиатрия (гастроэнтерология раннего возраста)
- ◆ педиатрия (догоспитальная помощь)
- ◆ педиатрия (кардиология)
- ◆ педиатрия (скорая и неотложная помощь)
- ◆ клиническая иммунология и аллергология

Курс обучения 16 академических часов. Запись слушателей предварительная, не позднее первого дня работы школы. По окончании школы выдается сертификат с лицензией образовательного учреждения. Слушатели, обучающиеся по направлению «Организации», получают свидетельство на 4–16 кредитов.

### ТЕЗИСЫ:

- ◆ Тезисы для публикации в сборнике принимаются до 15 января 2016 года
- ◆ Стоимость публикации одной работы составляет 500 руб. с учетом НДС

### КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ:

#### КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- ◆ внутренние болезни
- ◆ гастроэнтерология
- ◆ кардиология
- ◆ клиническая фармакология
- ◆ провизор
- ◆ стоматология

В конкурсе научных работ молодых ученых могут участвовать лица в возрасте до 35 лет без ученой степени.

#### КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ

- ◆ «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

В конкурсе студенческих научных работ могут участвовать студенты 4–6-х курсов медицинских и фармацевтических вузов.

В студенческих работах допускается один соавтор-студент.

### МОСКВА

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

#### КОНТАКТЫ:

Общие вопросы: [info@chelovekilekarstvo.ru](mailto:info@chelovekilekarstvo.ru)

Тезисы: [tesis@chelovekilekarstvo.ru](mailto:tesis@chelovekilekarstvo.ru)

Научная программа, школы, конкурсы, договоры: [trud@chelovekilekarstvo.ru](mailto:trud@chelovekilekarstvo.ru)

Выставка: [stend@chelovekilekarstvo.ru](mailto:stend@chelovekilekarstvo.ru)

109029, г. Москва, ул. Нижегородская, д. 32, стр. 5, офис 210. Тел./факс: +7 (499) 584 45 16



# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ И ВЫСТАВОК НА 2016 ГОД СПбОО «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

ДАТА	МЕРОПРИЯТИЕ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ
19-20 ФЕВРАЛЯ	IV Международный конгресс и школа для врачей «КАРДИОТОРАКАЛЬНАЯ РАДИОЛОГИЯ»	Санкт-Петербург, «Corinthia St. Petersburg» (Невский пр., 57)
26-27 ФЕВРАЛЯ	ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС WFNS и научно-практическая конференция «СПОРТ И НЕЙРОТРАВМА»	Сочи, Конгресс-центр «Pullman & Mercure Сочи Центр» (ул. Орджоникидзе, 11а)
13-15 АПРЕЛЯ	XV Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, 14)
30 АПРЕЛЯ - 8 МАЯ	Образовательный тур российских специалистов на 17-й конгресс Европейского общества артроскопистов (ESSKA)	Барселона, Испания
3-8 МАЯ	Образовательный тур российских специалистов на ортопедическую ярмарку OTWorld	Лейпциг, Германия
17-19 МАЯ	Международная конференция «МЕДИЦИНСКИЕ РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС: ПРОГНОЗ И ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ СПУСТЯ 30 ЛЕТ»	г. Обнинск
18-20 МАЯ	IV Конгресс Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Пулковская», (пл. Победы, 1)
27 МАЯ	Ежегодная научно-практическая конференция «ИНТЕГРАЦИЯ И ЭВОЛЮЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ»	Санкт-Петербург, отель «Введенский» (Большой пр. П.С., 37)
30-31 МАЯ	Международная научно-практическая конференция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»	Санкт-Петербург, отель «Краун Плаза Аэропорт» (Стартовая ул., 6а)
2-3 ИЮНЯ	Международная конференция «БЕЛЫЕ НОЧИ ГЕПАТОЛОГИИ 2016»	Санкт-Петербург, отель «Краун Плаза Аэропорт» (Стартовая ул., 6а)
9-10 ИЮНЯ	БАЛТИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Пулковская» (пл. Победы, 1)
30 ИЮНЯ - 1 ИЮЛЯ	V Международная конференция «ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ МОЗГА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»	Нижний Новгород, отель «Ока» (пр. Гагарина, 27)
14-17 СЕНТЯБРЯ	Конгресс с международным участием «ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2016»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Пулковская» (пл. Победы, 1)
29-30 СЕНТЯБРЯ	XVIII Всероссийская научно-практическая конференция неврологов с международным участием «ДАВИДЕНКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Пулковская» (пл. Победы, 1)
13-14 ОКТАБРЯ	Всероссийский ежегодный конгресс «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Пулковская» (пл. Победы, 1)
27-29 ОКТАБРЯ	X Юбилейные «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ» Конференция дерматовенерологов и косметологов, специализированная выставка	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн by Radisson Пулковская» (пл. Победы, 1)
7-9 НОЯБРЯ	ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ РАДИОЛОГОВ к 100-летию основания РАР	Москва, здание правительства Москвы (Новый Арбат, 36/9)



СПбОО «Человек и его здоровье»

+7 (812) 380 3155; 380 3156

@ welcome@congress-ph.ru

www.congress-ph.ru



INTERNATIONAL  
CONGRESS  
SERVICE

ООО «АйСиЭс»

+7 (812) 380 3153; 380 3154

@ welcome@congress-ph.ru

www.ics.spb.ru

НОВЫЙ ПРЕПАРАТ

# ВАГИФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + метронидазол + флуконазол  
СУППОЗИТОРИИ ВАГИНАЛЬНЫЕ

## ЛЕЧЕНИЕ

- ✓ бактериального вагиноза
- ✓ бактериальных (неспецифических) вагинитов
- ✓ вагинитов, вызванных смешанной инфекцией (трихомонады, гарднереллы, дрожжеподобные грибы, вирус простого герпеса 1 и 2 типа, микопlasма, уреapлазма)



Рег. уд. ЛП-001339

Реклама



БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ  
ФИРМ М [www.firm.ru](http://www.firm.ru)

Инструкция по медицинскому применению препарата Вагиферон®  
утверждена Минздравсоцразвития РФ (ЛП 001339-081211)




Отпуск по рецепту  
Информация для специалистов

Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с текстом инструкции по медицинскому применению.

  
**femibion®**  
Забота о женском здоровье  
**NATACARE**

Реклама

www.femibion.ru

  
Фемибсион® -  
уникальный  
Метафолин®-  
содержащий  
комплекс!



С 13-ой недели до конца  
периода лактации

С момента планирования  
беременности и до 12-ой недели

Рег. уд. №77.99.11.003.Е.000886.09.10 от 10.09.2010  
Рег. уд. №77.99.23.3.У.994.2.09 от 06.02.2009

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.