

В рамках Регионального научного форума «Мать и дитя» 29 июня 2010 года в Екатеринбурге состоялся симпозиум «Здоровье женщин разных возрастов глазами акушера-гинеколога». На мероприятии, проходившем под председательством профессора Е.Ф. Киры, был рассмотрен ряд наиболее актуальных аспектов диагностики и лечения гинекологических заболеваний с точки зрения доказательной медицины. С докладами выступили В.Е. Балан, д. м. н., профессор, ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»; О.Г. Пекарев, д.м.н., профессор, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения и социального развития в Сибирском федеральном округе, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета; С.В. Хлыбова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Института последипломного образования Кировской государственной медицинской академии.



## Альтернативные пути коррекции климактерических расстройств

В.Е. Балан, д.м.н., профессор,  
ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения  
ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова», г. Москва

Климактерий – естественный этап в жизни женщины, но высокая частота и тяжесть симптомов дефицита половых гормонов значительно снижают качество жизни, превращая этот период в своеобразную болезнь. Климактерический синдром – самое яркое проявление климактерия. У 50-85% женщин данный синдром встречается еще в перименопаузе. Остальные климактерические нарушения развиваются незаметно и часто выявляются только при тщательном обследовании. Климактерический синдром – это мультифакторное патологическое

состояние, в формировании которого, кроме уровня гипострогении, значительную роль играют наследственные и соматические заболевания, а также факторы окружающей среды. Когда говорят о тяжести проявлений климактерического синдрома, в первую очередь, подразумевают приливы.

Итак, приливы – это проявление своеобразной абстиненции эстроген-чувствительных нейронных систем и нарушение их адаптации к условиям эстрогенного дефицита. Каковы же факторы риска развития климактериче-

ского синдрома? Как это ни парадоксально, но одним из них является уровень образования женщины: чем он ниже, тем реже отмечается наличие приливов. По всей видимости, женщина по-другому относится к старости, считая, что так и должно быть, и не надо сопротивляться. Чем выше уровень образования, тем чаще для женщины переход в эту возрастную группу является серьезным стрессом, что и сопровождается частыми приливами. К факторам риска относятся также проблемы с весом – в перименопаузе меняется уровень эстрадиола в плазме и

акушерство

## Здоровье женщин разных возрастов глазами акушера-гинеколога

у женщин с дефицитом веса, и у женщин, страдающих ожирением, что приводит к резкому снижению уровня эстрогенов. У курящей женщины приливы могут быть связаны с повышением содержания андрогенов и отрицательным влиянием никотина на центры терморегуляции. Среди факторов риска также можно назвать злоупотребление алкоголем, депрессию, мигрени, доброкачественные заболевания молочной железы, семейную атопию, диету, наличие коротких менструальных циклов и отсутствие родов.

Не следует сбрасывать со счетов и нарушения функции щитовидной железы, а точнее – гипо- и гипертиреоз. И то, и другое состояние усугубляют проявления климактерического синдрома, что связано с особыми биологическими свойствами тиреоидных гормонов, их воздействием на центры терморегуляции и модулирующим влиянием на уровень эстрадиола. Однако до сих пор патогенез приливов до конца не ясен. Известна роль тесных синаптических связей между нейронами, секретирующими гонадотропин-рилизинг-гормон, гонадотропами в аркуатном ядре и нейронами в преоптической области. Во время прилива

происходит транзитное повышение уровня лютеинизирующего гормона и тиреотропного гормона. Предполагается, что у женщин с тяжелыми приливами «сужается термонейтральная зона», в связи с чем даже незначительное повышение центральной температуры или изменение активности нейротрансмиттерных систем, ответственных за терморегуляцию, приводит к развитию классической картины приливов.

Безусловно, приливы необходимо лечить. Современные методы исследования показали: во время прилива происходит резкое снижение кровотока в отдельных областях головного мозга, ответственных за механизм памяти; частые кратковременные эпизоды ишемии могут внести свой вклад в развитие дегенеративных процессов в определенных участках головного мозга. Быстрое прекращение приливов или даже полное их отсутствие не исключает возможность неблагоприятного влияния дефицита эстрогенов на центральную нервную систему. Именно в момент адаптации эстроген-зависимых систем головного мозга к дефициту E2, у части женщин могут возникать нейрональные нарушения, ини-

цирующие каскад событий, который ускоряет процесс старения мозга. Какая терапия применяется для лечения приливов? На сегодняшний день, конечно, классической является заместительная гормонотерапия. Согласно систематическому обзору Cochran 24-х рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, в которых участвовали 3329 женщин, снижение приливов на фоне классической гормонотерапии составило 75%, а уровень плацебо – 57%. Субъективно женщинами ощущаются 60% приливов, 40% регистрируют специальными методами. Число объективно регистрируемых приливов коррелирует с продолжительностью сна, величиной словарного запаса, качеством вербальной памяти.

Для того, чтобы женщина могла жить полноценной жизнью, необходима коррекция климактерического синдрома. Какими методами она будет осуществляться, зависит от очень многих обстоятельств, в том числе и от пожеланий самой пациентки. Например, при абсолютных противопоказаниях к классической гормонотерапии прибегают к альтернативному лечению. К причинам использования данного метода также от-



Выступление В.Е. Балан

## Здоровье женщин разных возрастов глазами акушера-гинеколога



Председатель симпозиума Е.Ф. Кира

носятся: отказ пациентки от гормонотерапии; предстоящее оперативное лечение; период обследования; сочетание относительных противопоказаний; онкологические заболевания половых органов в анамнезе, риск рака молочных желез; климактерический синдром легкой и средней степени тяжести.

Какие препараты используются сегодня в качестве альтернативной терапии климактерических расстройств? Это селектив-

ные эстроген-рецепторные модуляторы (ралоксифен, тамосифен), натуральные продукты (фитоэстрогены, фитогормоны), бифосфонаты. Особо хочется подчеркнуть, что в качестве альтернативы гормонотерапии можно рассматривать только те лекарственные средства, эффективность которых доказана в плацебо-контролируемых исследованиях. В связи с этим следует остановиться на таком препарате, как Сагенит. Он является производным сигетина, сходного по структуре с синестролом и отличающегося от него химическим строением. В результате замены двух гидроксильных радикалов на сульфокальциевые группы, сигетин утратил часть свойств, присущих эстрогенам, и сохранил эстрогеноподобное действие на уровень гонадотропинов. Эффективность и безопасность его изучена в двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном многоцентровом исследовании больных с климактерическим синдромом. В исследовании участвовали: ФГУ НЦ АГИП Росмедтехнологий (проф. В.П. Сметник), РГМУ (проф. Ю.Э. Доброхотова), НИИ АиГ им. Отта (проф. М.А. Тарасова). В него были включены 70 женщин в возрасте до 65 лет с климактерическим синдромом, не полу-

чавшие гормонотерапию в течение трех месяцев. Результаты исследования позволили сделать ряд интересных выводов. Прежде всего, препарат оказался высокоэффективным в отношении классических эстроген-дефицитных проявлений – приливов и потливости. Наблюдалось купирование головной боли, сердцебиения, эмоциональной лабильности, в меньшей степени – влияние на повышенную утомляемость, снижение памяти, либидо. Не было отмечено влияние на метаболические симптомы, кроме мышечно-суставных болей, интенсивность которых снижалась более, чем в два раза. Через 9 месяцев терапии уровень ФСГ снизился с 73,8 МЕ/л до 37,7 МЕ/л за счет эстроген-подобного эффекта. Наблюдалась тенденция к повышению эстрадиола, отсутствие влияния на структуры матки и яичников, а также стимулирующего воздействия на пролиферативные процессы вагинального эпителия. Сагенит не оказывает влияния на белково-липидный и углеводный обмен, уровень остеокальцина и бета-телопептида и, что очень важно, не оказывает отрицательного воздействия на систему гемостаза.

На сегодняшний день Сагенит рекомендовал себя как препарат, отличающийся высоким профилем безопасности, хорошей переносимостью и удобством применения. Подобно эстрогенам он устраняет нервно-психические и вегетативные расстройства, но в отличие от них не обладает пролиферативным воздействием на эндометрий. Результаты исследования позволяют рекомендовать Сагенит для лечения климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести в течение длительного времени. Сагенит не вызывает таких побочных эффектов, как пролиферация эндометрия, нагрубание молочных желез и может быть достойной альтернативой гормонотерапии, особенно в тех случаях, когда ее назначение нежелательно.



Гости мероприятия

акушерство

## Тактика ведения пациенток после диатермоэлектрокоагуляции шейки матки. Современный подход



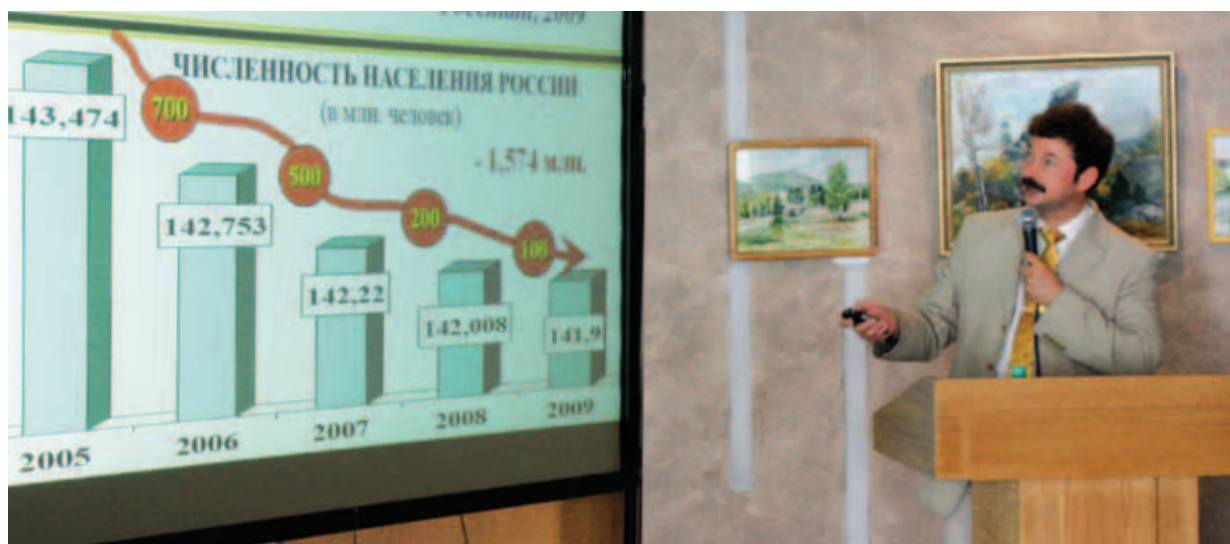
О.Г. Пекарев, д.м.н., профессор,

главный акушер-гинеколог МЗ и СР в Сибирском федеральном округе, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета НГМУ, г. Новосибирск

Согласно статистике, ежегодно в России раком шейки матки заболевают порядка 14 тысяч женщин (Сибирский федеральный округ по числу заболевших находится на четвертом месте), а умирают от данной патологии 6,5 тысяч, то есть 18 женщин еженедельно. Причем, в большинстве своем – это женщины репродуктивного возраста: от 20 до 40 лет. Самое печальное, что 40% из них погибает от запущенной формы рака шейки матки. Чаще всего, это заболевание развивается на фоне папилломавирусной инфекции (ВПЧ-инфекции), что

подтверждено многочисленными клиническими исследованиями. На сегодняшний день в мировой практике описаны более ста серотипов ВПЧ-инфекции, по меньшей мере, 14 из них имеют прямое отношение к онкогенным штаммам. Проблема заключается также в высокой частоте онкогенных штаммов – онкогенный штамм встречается у каждой пятой пациентки, который при отсутствии лечения в 100% случаев вызывает рак шейки матки. В чем коварство ВПЧ-инфекции? Она запускает два основополагающих патогенетических механиз-

ма: во-первых, блокирует апоптоз, во-вторых, угнетает иммунную систему. На фоне подобной агрессии у организма практически нет шансов самостоятельно избавиться от инфекции. На сегодня описаны пять основных видов инфицирования ВПЧ-инфекцией. Первый, наиболее часто встречающийся – это тактильный контакт кожи или слизистых, затем – половой путь, бытовое заражение, не исключается аутоинокуляция, и, наконец, вертикальный путь – инфицирование плода от матери. Развитие заболевания проходит четыре эта-



Выступление О.Г. Пекарева

## Здоровье женщин разных возрастов глазами акушера-гинеколога



О.Г. Пекарев

па. Вначале возникают экзофитные кондиломы; спустя 8–12 месяцев развиваются внутриэпителиальные повреждения, которые проявляются в форме моноцитоза. Следующий, или третий этап, – это цервикальная интраэпителиальная неоплазия, а четвертый этап наступает через 8–15 лет в виде рака шейки матки. Обратите внимание – в первый год с момента инфицирования у половины пациенток развивается моноцитоз, а у другой половины – начальная неоплазия или легкая дисплазия шейки матки, которые

врачи могут легко диагностировать и лечить. В настоящее время у акушеров-гинекологов имеется для этого достаточный медикаментозный арсенал. Можно использовать мазевые основы, химические агенты, лазерную вапоризацию. Однако их эффективность недостаточно высока, так как в 30% случаев возникают рецидивы. Традиционным методом лечения является диатермоэлектрокоагуляция с последующим применением комплексной терапии, в том числе и препаратом Депантол. Чтобы оценить эффективность применения свечей Депантол, мы решили провести небольшое исследование. В нем приняли участие 60 пациенток в возрасте 25–35 лет, которых мы разделили на три равные группы. Пациентки первой группы получали по одной вагинальной свече Депантол два раза в сутки. Пациентки второй группы – по одной свече Депантол один раз в сутки. Депантол в обеих группах применялся пациентками в течение 10 дней через 7 дней после диатермоэлектрокоагуляции. Пациентки третьей группы использовали традиционные способы репарации после диатермоэлектрокоагуляции. Подавляющее большинство пациенток имели зоны трансформации в стадии начавшейся эпидермизации, у 8 пациенток был кератоз, у 8 – эндометриоз шейки матки.

Применялись общепринятые способы адекватной оценки: данные кольпоскопии, микроскопического исследования мазка на флору и бактериологического исследования. При нулевом визите проводили осмотр пациентки и кольпоскопию. В ходе нулевого визита у подавляющего большинства пациенток диагностировалась эктопия. На первом визите проводили диатермоэлектрокоагуляцию. Через неделю после диатермокоагуляции был второй визит, а спустя три недели после процедуры – третий визит. Во время третьего визита уже наблюдались некоторые отличия, например, подобие эпителизации многослойным плоским эпителием. Принципиальные отличия появились во время четвертого визита, спустя два месяца после диатермоэлектрокоагуляции. Самое большое отличие наблюдалось в первой группе, где пациентки применяли Депантол два раза в сутки: у 95% отмечалась репарация в виде эпителизации многослойным плоским эпителием. Немаловажно отметить тот факт, что субъективные ощущения этих пациенток полностью совпадали с объективными данными. В тех случаях, когда репарационная терапия не проводилась, у каждой пятой пациентки оставались открытыми протоки желез, что указывало на нарушение процесса заживления шейки матки после деструкции. Эти женщины, в свою очередь, жаловались на ощущение дискомфорта, наличие выделений в виде белей и т. д. Таким образом, опираясь на проведенное исследование, можно сделать вывод о том, что Депантол можно активно применять в качестве терапии после проведения диатермоэлектрокоагуляции. Комбинированный препарат Депантол решает очень важную задачу – он сокращает число репарационных этапов, обеспечивая одновременно качественную регенерацию и санацию, что позволяет добиться очень хорошего эффекта заживления.



Е.Ф. Кира и О.Г. Пекарев за столом президиума

акушерство

## Сравнительная оценка различных вариантов лечения негонококковых поражений шейки матки



С.В. Хлыбова, д.м.н., профессор,  
зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИПО КГМА, г. Киров

Ведущим фактором, влияющим на распространенность патологии шейки матки, являются инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). В возникновении цервицитов существенную роль играют хламидийная, гонорейная инфекции, иногда инфицирование несколькими микробными агентами одновременно. Среди пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий хронические цервициты встречаются у 20–40% больных и составляют около 80% в структуре патологии шейки матки, в ряде случаев приводя к формированию эктопии и дисплазии шейки матки. Следует отметить определенные особенности течения заболевания в современных условиях. Если 20–30 лет тому назад трудно было представить одновременное присутствие бактерий, вирусов, простейших, то сегодня отмечается увеличение числа микст-инфекций с изменением вирулентности каждого возбудителя. Лечить поражения шейки матки при наличии ассоциированной инфекции достаточно сложно. У 70% больных заболевание принимает хроническое рецидивирующее течение, что способствует формированию длительного инкубационного периода и стертой клинической картины. В результате все

это приводит к поздним обращениям, что осложняет терапию данного заболевания. Первым этапом лечения негонококковых поражений шейки матки является своевременная этиотропная терапия. На данном этапе очень важно не допустить ошибок (полипрагмазия, многократные курсы антибиотиков, низкая комплаентность), которые могут привести к формированию генетической устойчивости возбудителей к антибактериальным препаратам, возникновению аллергических реакций, развитию дисбиозов и нарушению местного иммунитета. Поэтому необходимо использовать высокоэффективные препараты, которые соответствуют следующим требованиям: эффективность – не менее 95%; малая токсичность и хорошая переносимость; возможность однократного применения; пероральный прием; медленное развитие резистентности микроорганизмов к проводимой терапии; обеспечение высокой комплаентности; доступная цена. При этиотропной терапии назначается ряд препаратов, доказавших свою эффективность в лечении цервицитов. Это макролиды, фторхинолоны, тетрациклины, нитроимидазолы. Нужно отметить, что длительное использование самого распростра-

ненного препарата из группы нитроимидазолов – метронидазола – привело к тому, что приблизительно до 10% штаммов, в частности, вагинальные трихомонады, показывают устойчивость к антибиотику. Мы провели исследование с целью оценить эффективность и комплаентность различных режимов антибактериальной терапии негонококковых поражений шейки матки у женщин в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения. В нем приняли участие 49 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, обратившихся к врачу-гинекологу с соответствующими жалобами. Критериями включения в исследование были наличие у пациентки хронического цервицита или эктопии шейки матки, ассоциированных с наличием хламидийной, микоплазменной, грибковой или анаэробной инфекцией. Мы исключили женщин, у которых наличие хронического цервицита или эктопии шейки матки сочеталось с инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом, вирусом папилломы человека, с присутствием влажной трихомонады, гонорреей и трепонемы. Методы исследования включали клиническую характеристику заболевания, объективное исследование, расши-

гинекология

## Здоровье женщин разных возрастов глазами акушера-гинеколога



*Выступление С.В. Хлыбовой*

ренную кольпоскопию, идентификацию возбудителей и исследование биоценоза влагалища. Для идентификации возбудителей использовались микроскопическое исследование влагалищных мазков, а также метод прямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами для выявления хламидийной инфекции. Одновременно мы использовали молекулярно-биологическое исследование (ка-

чественная ПЦР) для выявления герпеса, цитомегаловируса, хламидий, ВПЧ, генитального микоплазмоза. Женщины были разделены на две группы. В первой группе пациенткам назначалось лечение азитромицином (1 таблетка однократно), метронидазолом (1500 мг/сутки в течение 7 дней) и флуконазолом (150 мг однократно). Пациенткам второй группы назначали 1 блистер Сафоцида (4 таблетки – секнида-

зол 2 т. по 1 г, азитромицин 1 г, флуконазол 150 мг). «Всем женщинам одновременно назначали локальную терапию свечами Гексикон дважды в день в течение 10 % дней. Спустя месяц была проведена оценка клинической эффективности лечения. В обеих группах она была достаточно высока. Практически все женщины отметили отсутствие белей, зуда, жжения в области гениталий, посткоитальных мажущих выделений.

Данные кольпоскопии также показали достаточно высокую эффективность этиотропного лечения при хронических цервицитах – применение 1 грамма азитромицина оказалось достаточно для их купирования. Что касается лечения инфекций, которые были одновременно ассоциированы с грибами рода кандиды, то флуконазол в дозе 150 мг почти в 85% случаев показал свою эффективность в обеих группах. У пациенток второй группы, у которых в микробных ассоциациях присутствовала в высоких титрах *Gardnerella vaginalis*, эффективность лечения Сафоцидом была достоверно выше. По результатам проведенного исследования можно сделать определенные выводы. Прежде всего, следует отметить, что оба режима терапии высокоэффективны в отношении элиминации *Candida spp.* Терапия Сафоцидом оказалась более успешной в плане эрадикации *Gardnerella vaginalis* (84% против 50%), а также у женщин с цервицитами, вызванными микробными ассоциациями (81% против 44%). В целом же результаты сравнительного анализа показали, что применение Сафоцида у женщин с цервицитами негонококковой этиологии является высокоэффективным средством в элиминации *Chlamidia trachomatis*, *Candida spp.*, *Garnerella vaginalis*, отличается хорошей переносимостью и высокой приверженностью к проводимому лечению. 



*Слушатели на симпозиуме*

акушерство

СОХРАНИ

КРАСОТУ

ЗРЕЛОСТИ



Реклама

## ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- ~ Быстро купирует невроvegetативные и психоэмоциональные симптомы
- ~ Не оказывает пролиферативного действия на матку и молочные железы

Схема применения:

По 1 таблетке 1 раз в сутки независимо от времени приема пищи. Курс приема непрерывный, длительный



STADA