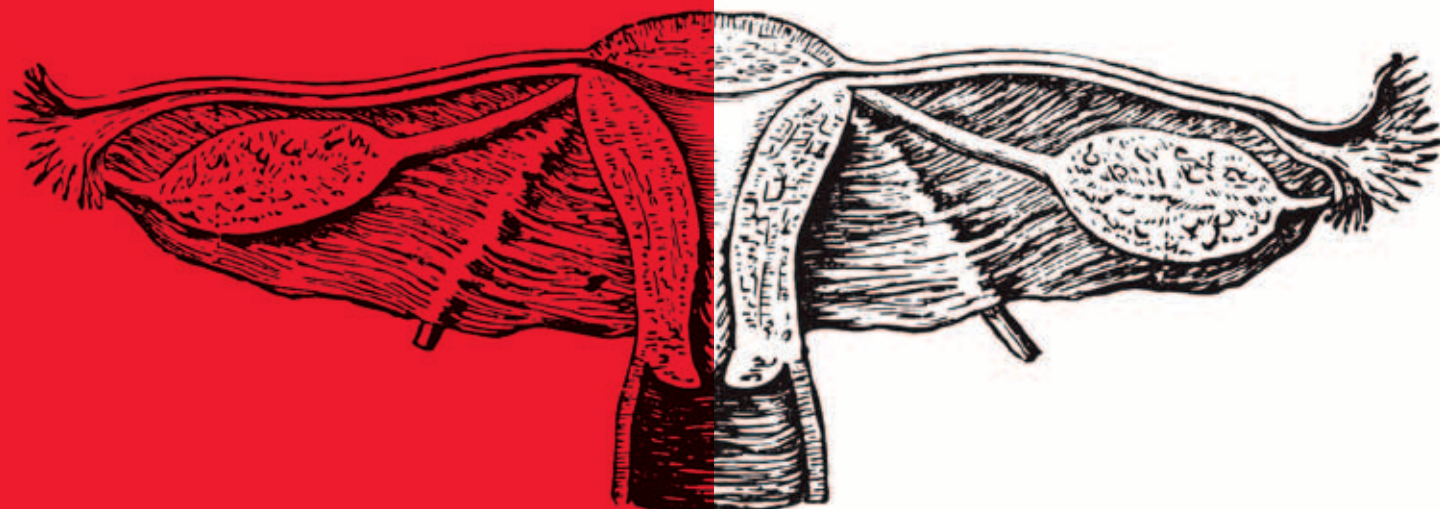


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

акушерство и гинекология №1, 2017



№

13

Прегавидарная
подготовка:
основные аспекты

14

Препараты
интерферона
при вирусных
инфекционных
заболеваниях
урогенитального
тракта

20

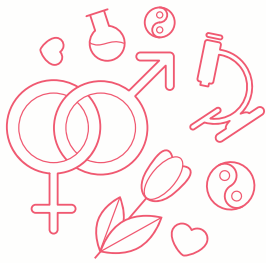
Современные
тенденции
эстетической
гинекологии

34



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



Генферон®

Интерферон альфа-2b
Таурин
Бензокаин

Комплексная терапия урогенитальных инфекций

суппозитории вагинальные и ректальные
500 000 ME и 1 000 000 ME



Лечение
урогенитальных
инфекций



Вагинальное
и ректальное
применение



Необходимый
противовирусный
ответ



Уникальная
комбинация
активных
компонентов

genferon.ru

Реклама. Объект является лекарственным средством, ЗАО «БИОКАД», Россия. Клиническими исследованиями доказана безопасность интравагинального применения препарата Генферон® 250 000 ME при сроках беременности 13-40 недель. Безопасность применения препарата в I триместре беременности не изучена.

Краткая инструкция по медицинскому применению: 1) Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта у женщин. По 1 суппозиторию (250 000 ME или 500 000 ME или 1 000 000 ME в зависимости от тяжести заболевания) вагинально или ректально (в зависимости от характера заболевания) 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней. При затяжных формах 3 раза в неделю через день по 1 суппозиторию в течение 1-3 месяцев. При выраженном инфекционно-воспалительном процессе во влагалище возможно применение 1 свечи 500 000 ME интравагинально утром и 1 свечи 1 000 000 ME ректально на ночь одновременно с введением во влагалище свечи, содержащей антибактериальные/фунгицидные агенты. Для нормализации показателей местного иммунитета при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта у женщин при сроках беременности 13-40 недель применяют по 1 суппозиторию 250 000 ME вагинально 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней. 2) Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта у мужчин. Ректально по 1 суппозиторию (500 000 ME или 1 000 000 ME в зависимости от тяжести заболевания) 2 раза в сутки в течение 10 дней. 3) В составе комплексной терапии острых инфекционно-воспалительных заболеваний респираторного тракта у взрослых. По 1 суппозиторию (1 000 000 ME или 500 000 ME) ректально 2 раза в сутки в течение 5 дней.

* Биотехнологическая компания



198515, Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, д. 34, А
Телефон: +7 (812) 380 49 33



biocad@biocad.ru
www.biocad.ru



BIOCAD
Biotechnology Company*



I ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
**НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ
В АКУШЕРСТВЕ**

22-24 МАЯ 2017

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ

- ▶ **Причины материнской смертности:**
 - Кровотечения
 - Преэклампсия/эклампсия
 - Эмболические осложнения
 - Сепсис
 - Тяжелая сопутствующая патология
- ▶ **УЗИ-навигация в акушерстве, анестезиологии и интенсивной терапии**
- ▶ **Осложнения анестезии**
- ▶ **Оценка рисков и фатальные ошибки в акушерстве:**
 - Проблемы организации командной работы и взаимодействия медицинского персонала
 - Разбор клинических случаев
 - Кровотечение
 - Эклампсия
 - Эмболия околоплодными водами
 - Септический шок
 - Остановка кровообращения



ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

Организатор

www.emergency-ncagip.ru

X юбилейная междисциплинарная научно-практическая конференция
«УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ»
с симпозиумами: «Мужское здоровье» и «Заболевания шейки матки»



27-28 апреля 2017 г. с 9.30 до 17.30

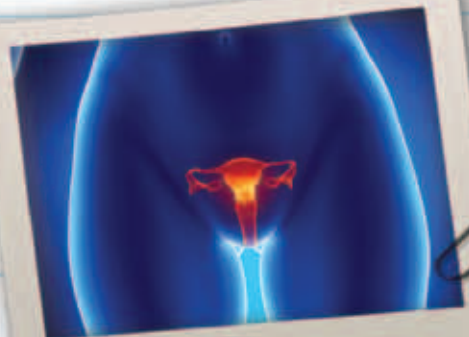
Место проведения: Санкт-Петербург, ПетроКонгресс (ст. м. «Чкаловская», Лодейнопольская ул., д. 5)

МАСТЕР-КЛАССЫ

- «Кольпоскопия и патология шейки матки» с разбором клинических ситуаций (1,5-2 ч)
- «Лазерное омоложение влагалища: косметологическая процедура или лечение?» с демонстрацией клинических случаев (1,5-2 ч)

!!! Оргкомитет конференции:

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



Эффективная
фармакотерапия. 13/2017.
Акушерство
и гинекология. № 1

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. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ

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

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. ЛУКЬЯНЕНКО

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

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения редакции

журнала. Мнение редакции может не совпадать

с мнением авторов

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны

быть ознакомлены с инструкциями для авторов

и публичным авторским договором. Информация

размещена на сайте www.umedp.ru

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен

в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

Содержание

Клинические исследования

М.Ю. ФРОЛОВ, В.А. РОГОВ

Анализ применения средств для лечения анемии у беременных
в условиях женской консультации:

фармакоэпидемиология, фармакоэкономика и комплаентность терапии

6

Лекции для врачей

Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, Е.И. БОРОВКОВА

Прегравидарная подготовка: цели, задачи, возможности

14

Медицинский форум

Вирусные инфекции в гинекологии.

Достижение длительной ремиссии: три точки зрения

20

Воспалительные заболевания нижних отделов генитального тракта:
диалог гинеколога и микробиолога

26

Эстетическая гинекология – новое направление в гинекологии

34

Effective Pharmacotherapy. 2017.
Issue 13. Obstetrics
and Gynecology. Issue 1

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.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.

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

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

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

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

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

Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

Ye.V. UVAROVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

Ye. KONEVA

e.koneva@medforum-agency.ru

Contents

Clinical Studies

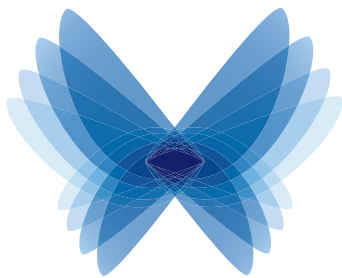
- M.Yu. FROLOV, V.A. ROGOV
An Analysis of Using Medicines for Treatment of Anemia
in Pregnant Women in Women's Consultation Clinic:
Pharmacoepidemiology, Pharmacoeconomics and Compliance Therapy 6

Clinical Lectures

- Yu.E. DOBROKHOTOVA, Ye.I. BOROVKOVA
Pregravid Training: Goals, Objective, Opportunities 14

Medical Forum

- Viral Infections in Gynecology. A Way to Reach a Long-Lasting Remission:
Three Points of View 20
- Inflammatory Diseases of the Lower Genital Tract:
a Dialogue between Gynecologist and Microbiologist 26
- Aesthetic Gynecology – a New Development in Gynecology 34



Восточноевропейский саммит акушеров, гинекологов и перинатологов

28–31 МАЯ 2017

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова

Ключевые темы:

- Демография и репродуктивное здоровье. Вопросы контрацепции
- Оперативная гинекология. Новые технологии в лечении гинекологических заболеваний
- Основные направления работы по снижению материнской и младенческой заболеваемости и смертности
- Гинекологическая эндокринология. Дискуссионные вопросы
- Новые возможности диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. Стратегия и тактика
- Бесплодный брак. Новые достижения вспомогательных репродуктивных технологий
- Невынашивание беременности и преждевременные роды
- Хирургия тазового дна
- Преэклампсия – важнейшая мультидисциплинарная проблема
- Эстетическая гинекология
- Инфекция и репродукция

Организаторы



ФГБОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова



ФГБУ «Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии
имени В.И. Кулакова»
Минздрава России



Российское общество
акушеров и гинекологов



Министерства здравоохранения
Российской Федерации

При поддержке

Контакты

По вопросам участия:

Ульяна Шапошникова
obstetricssummit@ctogroup.ru
8 (495) 646-01-55 доб. 143

По вопросам научной программы:

Ирина Лапина
congress.moscow.05.17@gmail.com

Подробности и регистрация
на сайте

www.eesog.ru

Анализ применения средств для лечения анемии у беременных в условиях женской консультации: фармакоэпидемиология, фармакоэкономика и комплаентность терапии

М.Ю. Фролов, В.А. Рогов

Адрес для переписки: Максим Юрьевич Фролов, mufrolov66@gmail.com

Проведена оценка назначения врачами препаратов железа у беременных в реальной клинической практике. Была рассчитана фармакоэкономическая эффективность препаратов Тотема (исследуемый препарат) и Сорбифер Дурулес (контрольный препарат). Было установлено, что применение препарата Тотема у беременных с анемией легкой степени тяжести обходится на 17,08% дешевле, чем применение препарата Сорбифер Дурулес. Полученные данные обосновывают целесообразность включения препарата Тотема для закупок лечебными учреждениями (в том числе амбулаторного звена) с целью его использования в качестве препарата выбора для беременных с различной тяжестью анемии. Лечение анемии беременных легкой степени препаратом Тотема фармакоэкономически обоснованно.

Ключевые слова: беременные, анемия, препараты железа

Введение

Одна из задач современной системы здравоохранения – регулярная переоценка применяемых методов лечения с точки зрения эффективности, безопасности и стоимости. Объективная сложность такой трехмерной оценки, помноженная на личные взгляды

врачей, субъективное восприятие пациента и значимую роль комплаентности терапии, может приводить участников процесса лечения к неправильным выводам, в результате которых предпочтение отдается не самым экономически выгодным методам лечения.

Железодефицитные состояния и беременность. Препараты железа

Железодефицитные состояния (предлатентный, латентный и манифестный дефицит железа) вызываются нарушениями метаболизма железа вследствие его дефицита в организме и характеризуются клиническими и лабораторными признаками, выраженность которых зависит от стадии дефицита железа [1, 2]. Самое тяжелое железодефицитное состояние – анемия.

Железодефицитная анемия (ЖДА) определяется как клинко-гематологический синдром, который характеризуется нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических (физиологических) процессов, и проявляется признаками анемии и сидеропении [3].

В основе диагностики ЖДА – обнаружение изолированного снижения гемоглобина и/или эритроцитов в общем анализе крови. Может быть выявлено уменьше-



ние среднего объема эритроцита (Mean Cell Volume – MCV) и среднего содержания гемоглобина в эритроците (Mean Corpuscular Hemoglobin) (микроцитоз). Однако MCV при нормально протекающей беременности несколько увеличивается, поэтому остается в пределах нормы при нетяжелых формах железодефицита у беременных.

Диагноз устанавливается при снижении гемоглобина в общем анализе крови (менее 110 г/л) и ферритина сыворотки (менее 30 мг/дл) [4]. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нижним пределом для уровня гемоглобина у беременных считается < 110 г/л в первом и третьем триместрах, < 105 г/л во втором триместре, < 100 г/л в послеродовом периоде [5]. У большинства пациенток дефицит железа, постепенно нарастая, наблюдается в конце беременности. Частота анемий по уровню гемоглобина в крови колеблется в пределах 21–80% (от 18–20% в развитых до 35–75% в развивающихся странах), а по уровню сывороточного железа – от 49 до 99%. Число пациентов с диагнозом «анемия», по данным ряда авторов, за последнее десятилетие увеличилось более чем в пять раз [6]. В последние десять лет рост числа беременных с ЖДА отмечен также в СНГ и России [7].

Последствиями ЖДА могут быть не только ухудшение самочувствия и качества жизни

беременной, но и негативное влияние на развитие плода и как следствие разнообразные неблагоприятные исходы беременности [8]. Исследования последних лет показали, что анемия – ведущий предиктор инфекционно-воспалительных заболеваний и фетоплацентарной недостаточности. Анемия осложняет течение беременности и родов, влияет на развитие плода. У 40–50% беременных с анемией может развиться гестоз, преимущественно отеочно-протеинурической формы. ЖДА в период беременности часто сопровождается невынашиванием беременности (15–42%), гипоксией плода (35%), гипотрофией плода (25%), гипоплазией и отслойкой плаценты с кровотечением (10%), слабостью родовой деятельности (10–15%), гнойно-септическими осложнениями (10–12%) [7, 9, 10].

Как предотвратить и лечить ЖДА? За последние десятилетия эта проблема неоднократно поднималась и обсуждалась исследователями, организаторами здравоохранения, медицинскими работниками многих стран мира. Выработывались практические рекомендации по профилактике ЖДА и даже программы для отдельных регионов, предусматривающие обогащение железом рациона беременных и женщин репродуктивного возраста. В регионах, где проблема была наиболее актуальной, в качестве протоколов лечения пред-

лагались различные схемы пероральной и внутривенной терапии. Так, до недавнего времени в соответствии с рекомендациями ВОЗ по лечению и профилактике ЖДА все женщины во время беременности и первые шесть месяцев лактации должны были получать препараты железа [11]. В ряде регионов не отказались от этой практики до настоящего времени, оценив ее как крайне эффективную меру по предупреждению ЖДА.

Тем не менее сегодня консенсуса в отношении протоколов лечения ЖДА нет – они существенно отличаются в разных странах. Отсутствие единого стандарта терапии, а также должного внимания к проблеме, особенно в развитых странах, где показатель ЖДА относительно невысоки, привело к тому, что данная патология (не сопровождающаяся острыми проявлениями, медленно нарастающая и распознаваемая нередко на поздней стадии) грозит приобрести характер эпидемии, представляя угрозу для общественного здравоохранения. Сегодняшний фармацевтический рынок изобилует средствами для лечения ЖДА, среди них основу терапии составляют препараты железа. Принимаемые перорально, они сегодня назначаются повсеместно, их эффективность и безопасность в целом приемлемы. Однако различия между отдельными препаратами, несомненно, присутствуют, предпочтения врачей различаются, исследований реальной клинической практики недостаточно, необходимость в выполнении фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований велика.

Настоящее исследование призвано внести свой вклад в решение этой социально значимой проблемы.

Методы исследования

Были изучены амбулаторные карты беременных, родивших в четвертом квартале 2015 г. и в 2016 г., из пяти район-

Акушеры-гинекологи считают препарат Тотема эффективным средством для быстрого подъема уровня гемоглобина у беременных с анемией. Применение препарата Тотема у беременных с анемией легкой степени тяжести обходится на 17,08% дешевле, чем применение препарата Сорбифер Дурулес, при условии, что Сорбифер Дурулес принимается в дозировке 200 мг/сут (согласно инструкции по медицинскому применению), а Тотема – 100 мг/сут

ных женских консультаций города Волгограда. После оценки фармакоэпидемиологической картины были выбраны пациентки, принимавшие один из двух препаратов: Тотема (исследуемый препарат) и Сорбифер Дурулес (контрольный препарат). Всего было отобрано 195 амбулаторных карт беременных, из них 150 пациенток получали с целью восполнения дефицита железа (лечение подтвержденной лабораторно ЖДА) препарат Сорбифер Дурулес, 45 пациенток – препарат Тотема. В рамках исследования применялась классификация ЖДА по степени тяжести (содержание гемоглобина от 110 до 90 г/л – легкая, от 89 до 70 г/л – средней тяжести и менее 70 г/л – тяжелая анемия) [12].

Из амбулаторных карт были получены общие данные о беременности и беременной, информация о жалобах (в динамике), лечении, назначениях, переносимости терапии, результатах лабораторных исследований, причинах госпитализаций, краткая информация о новорожденных.

Для уточнения ряда вопросов, оценки представлений и предпочтений врачей (акушеров-гинекологов и терапевтов) была применена методика фокус-групп. В состав фокус-групп вошли 32 акушера-гинеколога из пяти женских консультаций (пяти административных районов) г. Волгограда. Эти врачи вели беременных с ЖДА, чья медицинская документация была изучена в ходе исследования. Модераторами выступили преподаватели медицинского университета (два специалиста), имеющие ученую степень кандидата наук и более чем десятилетний опыт проведения исследований в области медицины и фармацевтики, интерактивов, семинаров и тренингов.

Цель обсуждения – оценка назначения врачами препаратов железа беременным в реальной клинической практике. В ходе обсуждения решался ряд задач.

1. Определение предпочтений среди препаратов железа.
2. Оценка личного опыта назначения лекарственных препаратов железа у беременных.
3. Оценка эффективности лекарственных препаратов железа у беременных исходя из личного опыта.
4. Оценка безопасности (переносимости) лекарственных препаратов железа у беременных исходя из личного опыта.
5. Выяснение причин замены одного препарата на другой (медицинские, немедицинские показания).
6. Выяснение мнения врачей относительно изучаемых препаратов (прямой вопрос с названием препарата).
7. Выяснение, когда и каким пациенткам назначались изучаемые препараты.

Анализ данных фокус-групп

Большинство врачей, участвовавших в обсуждении, имели стаж работы более десяти лет (18 из 32 респондентов), при этом средний стаж составил 15,2 года. Врачей со стажем работы от 0 до 5 лет, а также от 6 до 10 лет оказалось по семь человек, со стажем от 11 до 20 и более 20 лет – по девять человек. Почти все врачи были акушерами-гинекологами (29 из 32), только трое – терапевтами женских консультаций.

Все суждения врачей о безопасности, скорости и интенсивности терапевтического эффекта, полученные в фокус-группах, субъективны и передают их личное представление о препаратах железа и опыте их применения в своей работе.

Все врачи отмечали высокую значимость применения препаратов железа с целью лечения анемии у беременных.

Комплаентность терапии препаратами железа в период беременности, по мнению врачей, достигала весьма высокого уровня (88,97%).

По мнению всех опрошенных специалистов, препараты железа беременным показаны при уров-

не гемоглобина ниже 110 г/л. При этом 6,25% врачей отмечали, что назначают терапию и при более высоких показателях, если наблюдаются выраженные клинические признаки анемии. 15,63% врачей сочли необходимым назначать препараты железа уже при уровне гемоглобина ниже 115 г/л, если эти значения получены в первом триместре, указывая на очевидное его снижение у таких пациенток при дальнейшем развитии беременности.

О том, кто должен назначать препараты железа беременным, мнения врачей разделились. Так, 43,75% отметили, что этим должен заниматься терапевт, но фактически заняты и терапевт, и гинеколог. 34,38% врачей ответили, что оба специалиста в равной мере участвуют в выборе. 18,75% согласились, что именно терапевт должен назначать препараты железа. Отметим, что во всех случаях врачи признавали, что участие в процессе назначения препаратов железа акушера-гинеколога всегда связано с недоступностью терапевта для оперативной консультации. При этом только один врач считал, что назначение препаратов железа – прерогатива акушера-гинеколога. Заметим, что, согласно приложению 5 приказа № 572н, диагностику и лечение ЖДА может проводить как врач-гинеколог, так и терапевт. При этом терапевты в консультациях занимаются лечением анемии средне-тяжелых и тяжелых стадий. При легкой степени лечение назначается преимущественно гинекологу.

Врачей попросили перечислить наименования наиболее часто применяемых препаратов железа. Чаще всего упоминался Сорбифер Дурулес (93,75%) и далее по убывающей: Феррум Лек (75%), Мальтофер (71,88%), Тотема (50%), Ферретаб комп (46,88%). Крайне редко назывались Актиферрин (6,25%), Фенюльс (3,13%). По данным опроса, общепризнанным критерием эффективности лечения был рост уровня гемоглобина в крови. При



этом 3,13% респондентов отмечали, что обращают также внимание на рост числа эритроцитов, а 9,38% помимо эритроцитов ориентируются на число ретикулоцитов. Другие показатели общего анализа крови врачами не упоминались и не анализировались применительно к обсуждаемой теме анемии беременных. Говоря о препаратах сравнения, необходимо отметить, что практически все специалисты имели достаточный опыт их применения, поэтому их суждения были признаны равно значимыми при интерпретации результатов.

При просьбе оценить эффективность (способность препарата остановить снижение и обеспечить повышение уровня гемоглобина до нормальных или субнормальных величин) по шестибальной оценочной шкале (от 0 до 5) врачи оценили препарат Сорбифер Дурулес на 3,44 балла, а препарат Тотема – на 4,81 балла. При этом специалисты отмечали существенные различия в скорости развития лечебного эффекта при применении данных препаратов. Так, средний срок достижения эффекта (достижение нормальных или субнормальных величин уровня гемоглобина) у Сорбифера Дурулеса оценивался в $40,31 \pm 16,75$ суток (медиана 30 суток), а у Тотемы – в $13,06 \pm 2,12$ суток (медиана 12 суток).

Среди побочных эффектов лечения препаратом Сорбифер Дурулес 37,5% врачей отметили периодические запор или диарею (менее чем у 10% пациенток), 9,38% назвали у препарата Тотема тошноту, встречаемую не более чем у 5% пациенток.

Замену препаратов железа специалисты проводили прежде всего по медицинским показаниям: при их неэффективности (84,38%) и возникновении вышеназванных побочных эффектов (65,63%). Среди немедицинских показаний к замене препаратов железа специалисты выделяют дороговизну (75%), а также возникающую возможность выписки бесплатных препаратов (28,13%).

Важно отметить, что в ходе исследования были выявлены существенные различия в индивидуальных предпочтениях врачей в таком вопросе, как выбор перорального препарата железа у беременных. Этот выбор в значительной степени определялся фактом работы в конкретной женской консультации. Объяснить такие предпочтения, скорее всего, можно влиянием опинион-лидера – заведующей женской консультацией, терапевта женской консультации.

Анализ карт пациенток. Характеристика групп

Исследуемые группы были однородны. Структура больных в группе, применявших Тотему, следующая: до 20 лет – 4,03%, 21–30 лет – 58,39%, 31–40 лет – 35,57%, более 40 лет – 2,01%, для Сорбифера Дурулеса – 15,56, 48,89, 33,33 и 2,22% соответственно. Средний возраст – $27,47 \pm 4,09$ года для группы Сорбифера Дурулеса и $27,33 \pm 4,44$ года для группы Тотемы.

Средний срок наступления родов составил $39,38 \pm 0,93$ и $38,61 \pm 1,44$ недели для групп Сорбифера Дурулеса и Тотемы соответственно. Половина пациенток готовилась ко вторым или третьим родам (51,72% в группе Сорбифера Дурулеса, 42,55% в группе Тотемы), то есть имели опыт успешной беременности, применения и оценки эффективности препаратов железа. Видно, что Тотема значимо чаще назначалась женщинам с количеством родов более трех (3,45% в группе Сорбифера Дурулеса против 12,77% в группе Тотемы).

Среднее время постановки на учет в женские консультации составило $10,48 \pm 2,88$ и $11,8 \pm 4,73$ недели для Сорбифера Дурулеса и Тотемы соответственно.

В структуре групп по степени тяжести пациенток с анемией наблюдалась следующая закономерность – в группе Тотемы было значительно больше число женщин с тяжелой (2,22% в группе Тотемы и 0% в группе Сорби-

фера Дурулеса) и среднетяжелой (26,67 против 4,67% в группе Сорбифера Дурулеса) анемией.

Данное положение подтверждает тезис, отмеченный врачами на фокус-группах, – препарат Тотема чаще использовали в тех ситуациях, когда уровень гемоглобина низкий, иначе говоря, состояние беременной тяжелее.

Среднее число таблеток Сорбифера Дурулеса в сутки, прописываемых врачами, составило $2,16 \pm 0,63$, среднее число ампул в сутки для Тотемы – $2,53 \pm 0,45$ (медианы 2 и 3 соответственно). При этом средняя длительность терапии Сорбифером Дурулесом – $57,18 \pm 28,04$ дня, Тотемой – $30,6 \pm 14,19$ дня (медианы 50 и 25 соответственно).

Далее был проведен корреляционный анализ зависимостей, имеющихся в полученных данных. В ходе выполнения корреляционного анализа и поиска значимых закономерностей между исследуемыми величинами дополнительных данных получено не было. Исследование проводилось с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена, Т-критерия Вилкоксона [13].

Фармакоэкономический анализ методом «затраты – эффективность»

На следующем этапе исследования был проведен фармакоэкономический анализ по методу «затраты – эффективность» (Cost-Effectiveness Ratio – CER) [14, 15]. В качестве критерия эффективности терапии была выбрана величина и скорость увеличения уровня изначально сниженного гемоглобина в крови пациентов, что продиктовано результатами статистического анализа и данными фокус-групп. В затратах были учтены расходы на госпитализацию пациенток, медикаментозную коррекцию побочных эффектов и курс лечения препаратами сравнения.

Опрошенные врачи указывали на многофакторность при-

акушерство

чин госпитализации беременных, поэтому определить вклад анемии в каждом факте госпитализации не представляется возможным. Однако роль госпитализации при оценке фармакоэкономических показателей настолько велика, что невозможно исключить этот фактор из расчетов в нашем исследовании. По данным исследования, среднее число дней госпитализации составило для группы Сорбифера Дурулес 0,9, Тотемы – 1,24. Расчет названного параметра проводился путем

суммирования числа дней госпитализации всех беременных соответствующей группы с последующим делением полученного значения на число пациенток в этой группе. Говоря о возможных причинах, определивших разницу в продолжительности госпитализации, отметим, что состояние пациенток, принимавших Сорбифер Дурулес, согласно результатам нашего анализа, было легче, чем у принимавших Тотему. Так, в группе Тотемы число пациенток со среднетя-

желой и тяжелой формами составляло 26,67 и 2,22% против 4,67 и 0% соответственно в группе больных, принимавших Сорбифер Дурулес. Данные о стоимости нахождения в стационаре получены из тарифов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области, где стоимость койко-дня в отделении терапевтического профиля составила 1050,1 руб. [16]. Частота побочных эффектов была принята за 10% для Сорбифера Дурулес, 5% для Тотемы

Таблица 1. Данные для расчета CER по препаратам сравнения (Сорбифер Дурулес и Тотема) с учетом результатов лечения беременных со всеми формами анемии

Показатель	Тотема	Сорбифер Дурулес	В формуле
Стоимость госпитализации в сутки, руб.	1306,79	945,09	Cost1
Стоимость дозы, руб.	21,69	9,36	Cost2.1
Число доз в сутки	3	2	Cost2.2
Длительность терапии, дн.	25	50	Cost2.3
Затраты на медикаментозную коррекцию нежелательных эффектов терапии в пересчете на одну больную, руб.	0,729	6,03	Cost3
Среднее изменение уровня гемоглобина за период лечения, ед.	12,32	8,22	Ef
CER	238,23	229,64	

Таблица 2. Стоимость терапии анемии разной степени тяжести препаратами Сорбифер Дурулес и Тотема исходя из расчетной стоимости 1 единицы эффективности (CER), руб.

Препарат	CER	Степень тяжести анемии	
		средняя	тяжелая
Сорбифер Дурулес	229,64	10 333,69	14 926,44
Тотема	238,23	10 720,25	15 484,81
Прирост стоимости курса лечения		3,74%	3,74%

Таблица 3. Данные для расчета CER по препаратам сравнения (Сорбифер Дурулес и Тотема) с учетом результатов лечения беременных с легкой формой анемии

Показатель	Тотема	Сорбифер Дурулес	В формуле
Стоимость госпитализации в сутки, руб.	1120,11	854,08	Cost1
Стоимость дозы, руб.	21,69	9,36	Cost2.1
Число доз в сутки	2	2	Cost2.2
Длительность терапии, дн.	25	50	Cost2.3
Затраты на медикаментозную коррекцию нежелательных эффектов терапии в пересчете на одну больную, руб.	0,729	6,03	Cost3
Среднее изменение уровня гемоглобина за период лечения, ед.	11,63	8,09	Ef
CER	189,57	221,94	

акушерство



(по данным фокус-групп). Для расчета стоимости коррекции тошноты и рвоты у беременных, применявших Тотему, был взят препарат Церукал (во втором и третьем триместрах его применение разрешено), а для коррекции запора, возникшего на фоне приема Сорбифера Дурулеса, – Дюфалак. В соответствии с инструкциями были определены дозы Церукала – не более 60 мг, Дюфалака – не более 45 мл. Цена упаковки Церукала № 50 составила 121,5 руб., а Дюфалака 200 мл – 268 руб. Таким образом, стоимость терапии побочных эффектов усредненно составила 6,03 руб. для Сорбифера Дурулеса и 0,73 руб. для Тотемы. Терапия в обоих случаях проводилась в течение одних суток.

Цены доз (таблетки Сорбифера Дурулеса и ампулы Тотемы) были рассчитаны на основе данных открытых источников (электронный прайс-лист, сайт артека.ru на дату проведения расчета 01.11.16) и составили 9,36 и 21,69 руб. соответственно.

Перед началом анализа были введены некоторые ограничения и допущения. Так, основываясь на данных фармакоэпидемиологического исследования, было принято, что для достижения эффекта препарат Сорбифер Дурулес необходимо принимать в течение 50 дней по две дозы в сутки, а Тотема – по три дозы, но в течение 25 дней (медианы соответствующих показателей). Отметим, что указанные дозы

используются, как правило, у пациентов со среднетяжелым и тяжелым состоянием.

Выбор препарата для коррекции побочных эффектов от применения препаратов сравнения, длительность курса и дозировки в обоих случаях также являются допущением исследования.

Для проведения фармакоэкономической оценки был использован метод CER, рассчитываемый как отношение стоимости к эффективности (чем он ниже, тем препарат более экономически предпочтителен).

Показатель CER рассчитывался по следующей формуле на основании данных табл. 1: $CER = (Cost1 + (Cost2.1 \times Cost2.1 \times Cost2.3) + Cost4) / Ef$. В результате были получены такие данные: $CER_{Сорбифер Дурулес} = 229,64$; $CER_{Тотема} = 238,23$. Таким образом, при лечении анемии беременных препаратом Сорбифер Дурулес стоимость увеличения уровня гемоглобина в крови больной на 1 единицу составляет 229,64 руб., в то время как достижение того же эффекта с помощью Тотемы – 238,23 руб.

Напомним, что в рамках исследования применялась следующая классификация ЖДА по степени тяжести: содержание гемоглобина от 110 до 90 г/л – легкая (до нормы 20 ед.), от 89 до 70 г/л (до нормы 40 ед.) – средней тяжести и менее 70 г/л (до нормы 60 ед.) – тяжелая анемия. Из табл. 2 видно, что разница в стоимости терапии составила во всех случаях 3,74%.

Отдельно были рассмотрены результаты, полученные среди пациенток с легкой ЖДА. Медиана числа доз в выборной совокупности больных, получавших препарат Тотема, равна 2 (в общей выборке – 3). Изменение уровня гемоглобина за период лечения составило 11,63 и 8,09 г/л для Тотемы и Сорбифера Дурулеса соответственно, а стоимость госпитализации на курс терапии – 1120,11 и 854,08 руб. соответственно (табл. 3). Статистически значимой зависимости между фактом госпитализации и тяжестью анемии среди больных выявлено не было.

При пересчете стоимости CER для пациенток с ЖДА легкой степени для препарата Тотема составила 189,57 руб., Сорбифера Дурулеса – 221,94 руб.

Применение препарата Тотема у беременных с анемией легкой степени обходится на 17,08% дешевле, чем применение препарата Сорбифер Дурулес. В некоторых источниках отмечаются тенденции, описанные в данной работе [17, 18].

Выводы и рекомендации

В настоящее время врачи акушеры-гинекологи, работающие в женских консультациях, воспринимают препарат Тотема как эффективное средство для быстрого подъема уровня гемоглобина у беременных с анемией.

Применение препарата Тотема у беременных с анемией легкой степени тяжести обходится дешевле на 17,08%, чем применение препарата Сорбифер Дурулес, при условии, что Сорбифер Дурулес принимается в дозировке 200 мг/сут (согласно инструкции по медицинскому применению), а Тотема – 100 мг/сут. При этом таблетка Сорбифера Дурулеса не делится, а таблетка препарата Тотема позволяет оптимизировать дозу, выбирая между лечебной (100–200 мг/сут) и профилактической (50 мг/сут).

Основными побочными эффектами для Сорбифера Дурулеса являются запоры (до 10% паци-

По шестибальной оценочной шкале (от 0 до 5) врачи оценили препарат Сорбифер Дурулес на 3,44 балла, а препарат Тотема – на 4,81 балла. При этом средний срок достижения эффекта (достижение нормальных или субнормальных величин уровня гемоглобина) у Сорбифера Дурулеса оценивался в $40,31 \pm 16,75$ суток (медиана 30 суток), а у Тотемы – в $13,06 \pm 2,12$ суток (медиана 12 суток)

акушерство

ентов), изредка диарея, для Тоте-мы – тошнота (не более чем у 5% пациентов).

Полученные данные обосновывают целесообразность включения препарата Тотема для закупок лечебными учреждениями (в том числе

амбулаторного звена) с целью его использования в качестве препарата выбора для беременных с различной тяжестью анемии.

Лечение анемии беременных легкой степени препаратом Тотема фармакоэкономически обоснованно.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации. Все авторы внесли эквивалентный вклад в подготовку публикации. ❧

Литература

1. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А., Серов В.Н. и др. Федеральные клинические рекомендации. Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц / ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России. М., 2013.
2. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Сравнительная эффективность лечения манифестного дефицита железа у беременных различными препаратами железа // РМЖ. 2009. Т. 17. № 16. С. 1028–1031.
3. Дворецкий Л.И. Клинические рекомендации по лечению больных железодефицитной анемией // РМЖ. 2004. Т. 12. № 14. С. 893–897.
4. Breymann C., Honegger C., Holzgreve W., Surbek D. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum // Arch. Gynecol. Obstet. 2010. Vol. 282. № 5. P. 577–580.
5. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Орджоникидзе Н.В. и др. Лечение латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. № 1. С. 64–68.
6. Ковальчук Л.А., Тарханова А.Э., Тарханов А.А. Роль дисбаланса макро- и микроэлементов в патогенезе железодефицитной анемии беременных // Медицинский вестник Башкортостана. 2009. № 2. С. 49–51.
7. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. М.: Эксмо, 2009.
8. Khalafallah A.A., Dennis A.E. Iron deficiency anaemia in pregnancy and postpartum: pathophysiology and effect of oral versus intravenous iron therapy // J. Pregnancy. 2012. Vol. 2012. ID 630519.
9. Карпов О.И. Безопасность препаратов железа в зеркале клинической фармакологии // Фарматека. 2006. № 10. С. 32–36.
10. Killip S., Bennett J.M., Chambers M.D. Iron deficiency anaemia // Am. Fam. Physician. 2007. Vol. 75. № 5. P. 671–678.
11. Лечение железодефицитной анемии. Международные рекомендации // Клиническая фармакология и терапия. 2001. Т. 10. № 1. С. 40–41.
12. Шулушко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 3-е изд. СПб., 2005.
13. Ланач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистика в науке и бизнесе. Практическое руководство. М.: Морион, 2002.
14. Хабриев Р.У., Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Методологические основы фармакоэкономического анализа. М.: Медицина, 2011.
15. Ягудина Р.И., Хабриев Р.У., Правдюк Н.Г. Оценка технологий здравоохранения. М.: Медицинское информационное агентство, 2013.
16. Тарифы Территориального фонда обязательного медицинского страхования по г. Волгограду и Волгоградской области // www.volgotfoms.ru.
17. Семенова Е.Н., Кунина М.Ю., Стуков Н.И. Сравнение эффективности терапии железодефицитной анемии низкими дозами препарата Тотема и высокими дозами препарата Сорбифер // Гематология и трансфузиология. 2014. Т. 59. № 1. С. 117–118.
18. Стуков Н.И., Семенова Е.Н. Лечение железодефицитной анемии. Что важнее, эффективность или переносимость? Существует ли оптимальное решение? // Журнал международной медицины. 2013. № 1. Т. 2. С. 47–55.

Analysis of the Use of Drugs In Pregnant Women with Anaemia in Women's Consultation: Pharmacoepidemiology, Pharmacoeconomics and Compliance Therapy

M.Yu. Frolov, V.A. Rogov

Volgograd State Medical University
Volgograd Medical Scientific Centre

Contact person: Maxim Yurievich Frolov, mufrolov66@gmail.com

Prescription of iron supplements in pregnant women in a real-life clinical practice was assessed. Pharmacoeconomics efficacy was calculated for TOT[®]Hma (investigational drug) and Sorbifer Durules (control drug). It was noted, TOT[®]Hma vs. Sorbifer Durules administered in pregnant women with mild anemia was less expensive by 17.08%. The data obtained justify the feasibility for including TOT[®]Hma for procurement by medical institutions (including outpatient clinics) to be used as a drug of choice in pregnant women with anemia of various intensity. Treatment of pregnant women with mild anemia by TOT[®]Hma was pharmacoeconomically justified.

Key words: pregnant, anemia, iron supplements

ТОТЕМА®

Уникальный питьевой раствор железа
с микроэлементами



- Быстро нормализует уровень гемоглобина (уже в первый месяц терапии)¹
- В 19 раз реже, чем сульфат железа, вызывает запоры²

1. CASPARIS, D.: Effectiveness and tolerance of oral liquid ferrous gluconate in iron deficiency anemia in pregnancy and in the immediate postpartum period: Comparison with other liquid or solid formulations containing bivalent or trivalent iron. Minerva Ginecol, 1996.

2. Стулков Н.И. Мета-анализ данных переносимости, «Земский Врач» № 4, 2012
Информация для специалистов здравоохранения. Регистрационное удостоверение: П N015590/01.



Прегавидарная подготовка: цели, задачи, возможности

Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровкова

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

В статье рассмотрены основные задачи прегавидарной подготовки. Подчеркивается важность как можно более раннего обнаружения факторов риска для матери и плода. Приведен перечень мероприятий, направленных на нивелирование или предотвращение рисков реализации акушерских осложнений. Даны рекомендации по питанию до и во время беременности.

Ключевые слова: прегавидарная подготовка, беременность, перинатальный риск

Введение

Прегавидарная подготовка подразумевает выявление социальных, поведенческих, экологических и медико-биологических рисков, а также проведение мероприятий по их снижению путем обучения, консультирования и лечения до наступления беременности [1]. Именно до момента зачатия, так как в большинстве случаев женщины впервые обращаются к врачу на восьмой – десятой неделе беременности, когда период органогенеза (третья – десятая недели) уже завершен [2]. Прегавидарная подготовка – неотъемлемая часть первичной профилактической помощи женщинам, планирующим беременность [3]. В идеале врач акушер-гинеколог должен составить план

по охране репродуктивного здоровья женщины, который будет пересматриваться и обновляться по мере необходимости при каждом последующем визите [3–5]. Несмотря на кажущуюся простоту, препятствием к предоставлению медицинской помощи в рамках прегавидарной подготовки могут стать временные ограничения, отсутствие медицинского страхования и доступных информационных ресурсов, неадекватный охват населения скринингами, а также тот факт, что большинство женщин не планируют наступление беременности или не знают о возможности и необходимости проведения прегавидарной подготовки. Можно выделить основные цели прегавидарной подготовки [1, 2, 4, 5]:

- 1) выявление потенциальных факторов риска для матери, плода и беременности;
- 2) обучение и информирование женщин из группы риска;
- 3) проведение мероприятий, направленных на нивелирование или предотвращение рисков реализации акушерских осложнений.

Выявление факторов риска

Оказание медицинской помощи беременным, в том числе проведение пренатальной диагностики и ранней диагностики возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных, регулируется приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“ (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Оценка перинатального риска необходима для снижения угрозы состояний, опасных для жизни матери и плода. Особое внимание уделяется соматическому и гинекологическому анамнезу, вредным привычкам, характеру питания, а также семейной истории заболеваний (талассемия, эпилепсия, му-



ковисцидоз, болезнь Тея – Сакса, серповидно-клеточная анемия). Проведение прегравидарной подготовки в группах женщин с соматической или наследственной патологией значительно улучшает перинатальные исходы и снижает частоту акушерских осложнений [6–8].

Для уточнения факторов риска разработано несколько универсальных опросников, позволяющих в полном объеме оценить индивидуальную и семейную историю женщины, например шкала О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой (таблица).

В зависимости от результата различают высокий, средний и низкий риск неблагоприятного исхода беременности и родов для плода и новорожденного. К группе высокого риска относятся все беременные с суммарной оценкой пренатальных факторов ≥ 10 баллов, к группе среднего риска – 5–9 баллов, низкого – до 4 баллов. Кроме того, наличие одного фактора, оцененного в 4 балла, трактуется как высокая степень перинатального риска.

Большое значение имеет возраст женщины. Чем старше женщина, тем выше частота бесплодия, анеуплоидии у плода, прерывания беременности, гестационного диабета, преэклампсии и мертворождения [8–10]. Возраст отца также имеет значение, но в меньшей степени влияет на частоту развития акушерских осложнений.

Порядка 98% всех имеющихся лекарственных средств обладают потенциальным тератогенным эффектом или их действие на плод неизвестно. Только 30 препаратов при условии их использования в физиологических дозах считаются доказанно безопасными для беременных, большинство из них витамины, минералы, электролиты или гормоны [11]. В этой связи важно выявить, принимает ли женщина лекарственные средства (рецептурные и безрецептурные), которые могут обладать потенциальным тератогенным воздействием и требуют замены на более безопасные препараты. Это относится и к биологически активным

добавкам (средствам растительного происхождения, гомеопатии), так как женщины не воспринимают их как лекарства, которые могут быть вредны для плода, и не всегда сообщают об их применении врачу.

Вопросы о работе, хобби, наличии домашних животных и специфике окружающей среды позволят идентифицировать, взаимодействует ли женщина с потенциально токсичными веществами, такими как ртуть, свинец, пестициды (фталаты, бисфенол А, полибромированные диэтилэфиры) [12]. Женщина может подвергаться воздействию профессиональных вредностей. Ртуть может быть обнаружена в рыбе и осветляющих кожу кремах, а свинец – в импортруемых косметических средствах, пищевых добавках и ряде лекарств [13].

Следует отметить, что нет никаких убедительных доказательств вреда или потенциальной опасности воздействия излучения электромагнитного поля от компьютерных мониторов, электрических одеял, водяных кроватей с подогревом, сотовых телефонов и микроволновых печей [13].

Рутинное обследование в рамках прегравидарной подготовки включает оценку сердечно-сосудистой и дыхательной систем, щитовидной железы, ротовой и брюшной полостей, проведение гинекологического осмотра, измерение артериального давления и индекса массы тела.

Лабораторное обследование проводится с применением общеклинических (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма) и специфических оценочных тестов (уровень тиреотропного гормона, наличие антител к краснухе, вируса иммунодефицита человека, сифилиса, гепатитов В и С). Все беременные подлежат скринингу на инфекции, передающиеся половым путем (гонорею, хламидиоз, вирус простого герпеса).

Генетическое тестирование проводится только при наличии семей-

Таблица. Шкала перинатального риска (начало)

Факторы	Оценка в баллах
<i>Социально-биологические</i>	
Возраст матери, лет:	
■ до 20	2
■ 25–29	1
■ 30–34	2
■ 35–39	3
■ старше 40	4
Возраст отца, лет:	
■ до 20	1
■ 40 и более	2
Профессиональные вредности:	
■ у матери	1–4
■ отца	1–4
Вредные привычки:	
■ курение матерью до одной пачки сигарет в день	1
■ злоупотребление алкоголем матерью	2
■ злоупотребление алкоголем отцом	1–2
Семейное положение: одинокая	1
Образование:	
■ начальное	1
■ высшее	1
Эмоциональные нагрузки	1
Рост и другие показатели матери:	
■ рост до 150 см	1
■ вес на 25% выше нормы	2
<i>Акушерско-гинекологический анамнез</i>	
Число предшествовавших родов:	
■ 0	1
■ 4–7	1
■ 8 и более	2
Аборты перед первыми родами:	
■ 1	2
■ 2	3
■ 3 и более	4
Аборты перед повторными родами: 3 и более	1
Преждевременные роды:	
■ 1	2
■ 2 и более	3
Мертворождение:	
■ 1	3
■ 2 и более	8
Смерть в неонатальном периоде:	
■ 1	2
■ 2 и более	7
Аномалии у детей, рожденных ранее	3
Неврологические нарушения	2
Масса детей до 2500 г или более 4000 г	2
Осложненное течение предыдущих родов	2
Бесплодие:	
■ 2–4 года	2
■ более 4 лет	4
Рубец на матке	4
Опухоли матки и яичников	1–4
Истмико-цервикальная недостаточность	2
Пороки развития матки	3

Таблица. Шкала перинатального риска (окончание)

Факторы	Оценка в баллах
<i>Экстрагенитальные заболевания матери</i>	
Инфекции в анамнезе	1
Сердечно-сосудистые заболевания:	
▪ пороки сердца без нарушения кровообращения	3
▪ пороки сердца с нарушением кровообращения	10
Гипертоническая болезнь:	
▪ первая стадия	2
▪ вторая стадия	8
▪ третья стадия	12
Заболевания почек:	
▪ хронические	3
▪ обострение во время беременности	4
Эндокринные заболевания:	
▪ предиабет	5
▪ диабет	10
▪ диабет у родственников	1
▪ заболевания щитовидной железы	5–10
▪ заболевания надпочечников	5–10
Анемии:	
▪ гемоглобин 110 г/л	1
▪ гемоглобин 100 г/л	2
▪ гемоглобин 90 г/л	4
Коагулопатии	2
Миопия и другие заболевания	1–3
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз)	2–8
Острые инфекции при беременности	2–7
<i>Осложнения текущей беременности</i>	
Выраженный ранний токсикоз	2
Кровотечение в I–II триместрах	3–5
Преэклампсия:	
▪ отеки, вызванные беременностью	2
▪ протеинурия и гипертензия, вызванные беременностью	3–10
▪ преэклампсия	11
▪ эклампсия	12
Сочетанный гестоз	9
Отрицательный резус крови	1
Резус- и АВО-сенсбилизация	5–10
Маловодие	4
Тазовое предлежание плода	3
Многоводие	3
Перенашивание беременности	3
Многочастное применение медикаментов	1
Угроза преждевременных родов	1
<i>Оценка состояния плода</i>	
Гипотрофия плода	10–20
Гипоксия плода	3–8
Меконий в околоплодных водах	3

ного анамнеза, этнического происхождения, у женщин старшего репродуктивного возраста или по желанию [10, 14].

Специфическими являются тесты на определение:

- гликированного гемоглобина и глюкозы в плазме натощак у женщин с сахарным диабетом или ожирением;
- антител к токсоплазмозу – при наличии профессиональных вредностей, домашних кошек и специфике питания;
- цитомегаловируса – целесообразность проведения спорна;
- сывороточного уровня фенилаланина при подозрении на фенилкетонурию.

Кроме того, специфичным является кожный туберкулиновый тест, который выполняется, если женщина посещала эндемичные районы или контактировала с больными активной формой туберкулеза легких.

Снизить риск врожденных аномалий, задержки роста или макросомии плода, акушерских осложнений (преждевременных родов, отслойки плаценты, преэклампсии) позволяют следующие мероприятия в программе прегравидарной подготовки [15–21]:

- прием фолиевой кислоты (от 400 до 800 мкг в день) и потребление обогащенных продуктов питания, что позволит снизить риск развития дефектов нервной трубки;
- контроль гликемии у женщин с диабетом ($HbA1c < 6,5\%$), контроль уровня фенилаланина у пациенток с фенилкетонурией (< 6 мг/дл за три месяца до зачатия и от 2 до 6 мг/дл во время беременности), что будет способствовать снижению риска выкидыша и эмбриопатии;
- замена потенциально опасных лекарственных средств альтернативными с лучшим эмбриональным профилем безопасности;
- воздержание от алкоголя и наркотиков (безопасный уровень потребления алкоголя во время беременности не определен);
- отказ от курения;

- вакцинация. При этом живые вакцины (против ветряной оспы, кори, эпидемического паротита, краснухи) должны быть использованы по крайней мере за один месяц до наступления беременности. Все женщины, которые беременны или могут забеременеть во время сезона гриппа, должны быть вакцинированы инактивированной вакциной против гриппа;
- нормализация массы тела (как снижение веса при избыточной массе тела, так и набор веса при его дефиците);
- соблюдение общих рекомендаций, таких как мытье рук, отказ от употребления недоваренного мяса и непастеризованных молочных продуктов, что может снизить риск заражения токсоплазмозом, цитомегаловирусом и листериозом.

Специфические рекомендации для пациенток группы высокого риска

При наличии у женщины хронических заболеваний наступление беременности возможно только при условии их стабильного течения. Ряд лекарственных средств – препаратов первой линии при этих заболеваниях – противопоказаны к применению во время беременности. Это необходимо учитывать и своевременно заменять такие препараты на разрешенные для приема во время беременности [1, 2, 19, 20, 22].

Артериальная гипертензия. Наступление беременности возможно только на фоне стабильного артериального давления и при отсутствии вторичного поражения почек. В случае использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина и статинов необходимо заменить их более безопасными препаратами (метилдопа, лабеталол, блокатор кальциевых каналов, инсулин, глибенкламид).

Бронхиальная астма. Беременность безопасна на фоне стойкой ремиссии. При необходимости возможно и безопасно использо-

вать стероиды (ингаляционные и системные).

Заболевания щитовидной железы. Требуется тщательный мониторинг. Прогноз беременности благоприятный при условии стойкой ремиссии или хорошего медикаментозного контроля.

Эпилепсия. Наступление беременности возможно только на фоне стойкой ремиссии. Использование вальпроата не рекомендовано. Пациенткам показано дополнительное применение фолиевой кислоты.

Системная красная волчанка. Прогноз лучше при стабильном течении болезни в течение шести месяцев до беременности и отсутствии вовлеченности почек.

Доказано, что распространенность врожденных аномалий значительно снижается при прегравидарной помощи женщинам с диабетом [23–25], эпилепсией [26, 27] и фенилкетонурией [2].

Диета и пищевые добавки

Питание женщины во время беременности не только определяет ее здоровье, но и значительно влияет на течение беременности, рост плода и будущее здоровье новорожденного. С недостатком основных пищевых веществ и энергии связано рождение маловесных детей, а дефицит ряда незаменимых микронутриентов может привести к формированию пороков развития [28].

Полноценность питания достигается за счет рациона, достаточно по калорийности и сбалансированного по составу биологически значимых элементов, необходимых организму человека для обеспечения нормальной жизнедеятельности. При дробном питании три – пять раз в день и ежедневном потреблении овощей, фруктов, зелени и продуктов животного происхождения (яйца, молоко, рыба, мясо) вероятность развития гиповитаминоза невелика. Однако использование продуктов быстрого приготовления, замороженных или выращенных путем применения генной инженерии, значительно обедняет нутриентный состав пищи [28].

Косвенно о признаках авитаминоза свидетельствуют утомляемость, сухость кожи и слизистых, кровоточивость десен, ломкость ногтей. Важно также исключить заболевания желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, которые могут способствовать развитию микронутриентной недостаточности (сахарный диабет, патология щитовидной железы, синдром раздраженного кишечника). При планировании и во время беременности необходимо ограничить потребление кофеина до 300 мг в день [29–31].

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, женщины, планирующие беременность или способные

забеременеть, должны получать фолиевую кислоту с целью снижения риска развития у плода дефекта нервной трубки, пороков мочеполового тракта, сердца и челюстно-лицевой области, а также преждевременной отслойки плаценты [28, 30]. Нервная трубка закрывается между 18 и 26 днями после зачатия, поэтому применение фолиевой кислоты после наступления беременности, как правило, не влияет на риск развития пороков. Самый удобный способ – ежедневное применение поливитаминов, содержащих от 400 до 800 мкг фолиевой кислоты [32].

Заключение

Наблюдение женщин репродуктивного возраста всегда должно предусматривать возможность наступления у них незапланированной беременности. Активное участие врача в жизни пациента, неформальный подход к проведению ежегодных осмотров могут стать основой формирования мотивации на здоровое материнство и привести к снижению частоты незапланированных и нежеланных беременностей.

Внедрение программы прегравидарной подготовки позволит не только своевременно выявлять женщин из группы риска, но и инициировать мероприятия для обеспечения оптимальных исходов беременности. ♡

Литература

1. Johnson K., Posner S.F., Biermann J. et al. Recommendations to improve preconception health and health care – United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care // MMWR Recomm. Rep. 2006. Vol. 55. № RR-6. P. 1–23.
2. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care / American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 106. № 3. P. 665–666.
3. Moos M.K., Dunlop A.L., Jack B.W. et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S280–S289.
4. Finer L.B., Zolna M.R. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006 // Contraception. 2011. Vol. 84. № 5. P. 478–485.
5. Mazza D., Chapman A., Michie S. Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study // BMC Health Serv. Res. 2013. Vol. 13. ID 36.
6. Spronsen F.J., Smit G.P., Erwich J.J. Inherited metabolic diseases and pregnancy // BJOG. 2005. Vol. 112. № 1. P. 2–11.
7. Stubblefield P.G., Coonrod D.V., Reddy U.M. et al. The clinical content of preconception care: reproductive history // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S373–S383.
8. McDiarmid M.A., Gardiner P.M., Jack B.W. The clinical content of preconception care: environmental exposures // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S357–3361.

9. McLean H.Q., Fiebelkorn A.P., Temte J.L. et al. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // *MMWR Recomm. Rep.* 2013. Vol. 62. № RR-04. P. 1–34.
10. Solomon B.D., Jack B.W., Feero W.G. The clinical content of preconception care: genetics and genomics // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S340–S344.
11. Sathyanarayana S., Focareta J., Dailey T., Buchanan S. Environmental exposures: how to counsel preconception and prenatal patients in the clinical setting // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 207. № 6. ID 463–470.
12. Williams L., Zapata L.B., D'Angelo D.V. et al. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy // *Matern. Child. Health J.* 2012. Vol. 16. № 9. P. 1854–1861.
13. Elsinga J., de Jong-Potjer L.C., van der Pal-de Bruin K.M. et al. The effect of preconception counseling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy // *Womens Health Issues.* 2008. Vol. 18. № 6. Suppl. P. S117.
14. Floyd R.L., Sobell M., Velasquez M.M. et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial // *Am. J. Prev. Med.* 2007. Vol. 32. № 1. P. 1–10.
15. Lum K.J., Sundaram R., Buck Louis G.M. Women's lifestyle behaviors while trying to become pregnant: evidence supporting preconception guidance // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 205. № 3. ID 203.
16. Oza-Frank R., Kachoria R., Keim S.A., Klebanoff M.A. Provision of specific preconception care messages and associated maternal health behaviors before and during pregnancy // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 212. № 3. ID 372.
17. Chandranipapongse W., Koren G. Preconception counseling for preventable risks // *Can. Fam. Physician.* 2013. Vol. 59. № 7. P. 737–739.
18. Shannon G.D., Alberg C., Nacul L., Pashayan N. Preconception health care and congenital disorders: mathematical modelling of the impact of a preconception care programme on congenital disorders // *BJOG.* 2013. Vol. 120. № 5. P. 555–566.
19. Management of diabetes in pregnancy / American Diabetes Association // *Diabetes Care.* 2017. Vol. 40. Suppl. 1. P. S114–S119.
20. Committee opinion no: 636: Management of women with phenylketonuria // *Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 125. № 6. P. 1548–1550.
21. Tabet M., Flick L.H., Tuuli M.G. et al. Prepregnancy body mass index in a first uncomplicated pregnancy and outcomes of a second pregnancy // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 213. № 4. ID 548.
22. Dunlop A.L., Jack B.W., Bottalico J.N. et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S310–S327.
23. Hood K.K. Preconception counseling for adolescent females with type 1 diabetes: the READY-Girls Program // *Curr. Diab. Rep.* 2010. Vol. 10. № 6. P. 393–395.
24. Temple R.C., Aldridge V.J., Murphy H.R. Prepregnancy care and pregnancy outcomes in women with type 1 diabetes // *Diabetes Care.* 2006. Vol. 29. № 8. P. 1744–1749.
25. Tripathi A., Rankin J., Aarvold J. et al. Preconception counseling in women with diabetes: a population-based study in the north of England // *Diabetes Care.* 2010. Vol. 33. № 3. P. 586–588.
26. Beckmann M.M., Widmer T., Bolton E. Does preconception care work? // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2014. Vol. 54. № 6. P. 510–514.
27. Winterbottom J., Smyth R., Jacoby A., Baker G. The effectiveness of preconception counseling to reduce adverse pregnancy outcome in women with epilepsy: what's the evidence? // *Epilepsy Behav.* 2009. Vol. 14. № 2. P. 273–279.
28. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement / U.S. Preventive Services Task Force // *Ann. Intern. Med.* 2009. Vol. 150. № 5. P. 626–872.
29. Vitamins and nutrition in pregnancy / National Health Service // www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/vitamins-minerals-supplements-pregnant.aspx.
30. Goh Y.I., Bollano E., Einarson T.R., Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2006. Vol. 28. № 8. P. 680–689.
31. Nilsen R.M., Vollset S.E., Rasmussen S.A. et al. Folic acid and multivitamin supplement use and risk of placental abruption: a population-based registry study // *Am. J. Epidemiol.* 2008. Vol. 167. № 7. P. 867–874.
32. Frayne D.J., Verbiest S., Chelmon D. et al. Health care system measures to advance preconception wellness: consensus recommendations of the clinical workgroup of the National Preconception Health and Health Care Initiative // *Obstet. Gynecol.* 2016. Vol. 127. № 5. P. 863–872.

Pregravid Training: Goals, Objective, Opportunities

Yu.E. Dobrokhotova, Ye.I. Borovkova

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

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

The main objectives of pregravid training are discussed in the paper. An importance of detecting maternal and fetal risk factors as early as possible is underlined. A list of measures aimed at relieving or preventing risks of obstetric complications is presented. Recommendations on nutrition before and during pregnancy are provided.

Key words: pregravid training, pregnancy, perinatal risk

ОРГ '17

ЗДРАВ

18 и 19 мая

МОСКВА

V МЕЖДУНАРОДНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ И ВЫСТАВКА
ЭФФЕКТИВНОЕ
УПРАВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИЕЙ

ОРГАНИЗАТОРЫ



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ



ПРОВАЙДЕР



ЕЖЕГОДНО 500 РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОДНОЙ ПЛОЩАДКЕ



12 КРЕДИТОВ
НМО
ЗА УЧАСТИЕ

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

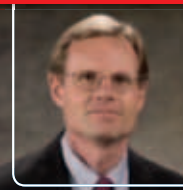
- Экономика и здравоохранение России: пути улучшения здоровья населения в условиях ограниченных ресурсов
- Модернизация процессов в медицинской организации
- Современные подходы в организации медицинской помощи в сельской местности и труднодоступных районах
- Управление рисками в медицинской организации
- Повышение эффективности онкологической службы в РФ
- Оптимизация расходов медицинской организации
- Big data в здравоохранении
- Непрерывное медицинское образование и аккредитация
- Конкуренция за госзаказ: правила игры



www.vshouz.ru

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОГРАММНОГО КОМИТЕТА
УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнстовна, д.м.н.
Ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ)

ИНОСТРАННЫЕ ЭКСПЕРТЫ



**РИЧАРД СИГРИСТ /
RICHARD SIEGRIST**
Бостон, США

Профессор, директор по инновациям и предпринимательству Гарвардской школы общественного здоровья, ведет циклы по финансово-экономическому анализу деятельности медицинских организаций и управленческому контролю. «Выдающийся преподаватель 2008 г.» (премия Roger L. Nichols Excellence).



**ПИТЕР ПИСТЕРС /
PETER PISTERS**
Торонто, Канада

Президент и генеральный директор крупнейшего в Канаде и Северной Америке академического медицинского центра University Health Network. Ранее, с 1994 по 2014 гг., работал в Онкологическом центре им. Андерсона (MD Anderson Cancer Center), пройдя путь от ассистента профессора хирургии до вице-президента Центра.



ООО «Комплексный медицинский консалтинг».

Тел.: (495) 921-3907 доб. 564,565, (917) 550-4875. E-mail: conf@medobr.ru. WEB: www.rosmedobr.ru

Реклама

Вирусные инфекции в гинекологии. Достижение длительной ремиссии: три точки зрения

В настоящее время в терапии многих инфекционных заболеваний различной этиологии применяют препараты интерферона. Противовирусный, опосредованный антибактериальный, противоопухолевый и иммуномодулирующий эффект препаратов интерферона подтвержден в многочисленных клинических исследованиях и клинической практике. В рамках симпозиума, организованного при участии компании «БИОКАД», специалисты обсудили роль иммуномодулирующей терапии при вирусных заболеваниях урогенитального тракта.



Д.м.н., профессор
А.Е. Шульженко

По мнению заведующего отделением аллергологии и иммунотерапии ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, д.м.н., профессора Андрея Евгеньевича ШУЛЬЖЕНКО, одним из значимых событий XX в. стало открытие интерферонов в 1957 г. при изучении явления, известного как интерференция вирусов. Докладчик кратко напомнил историю изучения системы интерферонов. В 1957–1967 гг. было установлено, что интерфероны – это приобретение позвоночных, они имеются у всех животных этого класса. Определен диапазон антивирусной активности интерферонов, обнаружено их свойство

Иммунный статус при вирусных инфекциях в гинекологии

синтезироваться при вирусной нагрузке или другой эндогенной активности. В ходе дальнейших исследований учеными были расшифрованы молекулярно-биологические основы интерферонов (картированные гены, выделение РНК и др.), начато изучение роли вирусной РНК в индукции интерферона. Важным этапом этого периода исследований стало получение из лейкоцитов донорской крови первого поколения препаратов интерферона и клинические эксперименты индукторов интерферона.

В 1977–1987 гг. были обнаружены непротивовирусные эффекты интерферонов, в частности способность регулировать различные звенья иммунной системы. Был сформирован раздел биологии – интерферонология. Начаты разработки препаратов интерферонов второго поколения.

В следующее десятилетие (1987–1997 гг.) были установлены прямые и обратные связи системы интерферонов с иммунной (цитокины) и нейроэндокринной системами. Доказана множественность генов интерферонов, их мультифакторное действие. Раз-

работана методология определения иммунного статуса, позволяющая судить в режиме реального времени о состоянии системы интерферонов. Получен ряд клинически перспективных оригинальных индукторов интерферонов. В последние годы интерфероны считаются наиболее изученными медиаторами врожденного иммунитета, обладающими широким спектром биологической активности, в частности антивирусным и иммуномодулирующим эффектом.

Врожденный иммунитет реализуется без распознавания чужеродных антигенов, не требует предварительного контакта с микроорганизмами или их антигенами и связан с воспалительной реакцией. Приобретенный, или адаптивный, иммунитет проявляет активность после длительного и сложного процесса, связанного с размножением лимфоцитов и их дифференцировкой в эффекторные (исполнительные) клетки. К конкретным антигенам вырабатываются антитела. Известно, что при повторной встрече с антигеном организм формирует более активную

Сателлитный симпозиум компании «БИОКАД»

и быструю иммунную реакцию, которая получила название иммунологической памяти. Благодаря ей организм надежно защищен от повторных антигенных интервенций.

Особого внимания заслуживает проблема распространенности заболеваний, связанных с формированием вторичной иммунной недостаточности, в гинекологической практике. Вторичная иммунная недостаточность – расстройство функционирования иммунной системы, характеризующееся нарушением процессов дифференцировки, пролиферации и адаптации клеток иммунной системы и не являющееся следствием генетических дефектов.

Многие вирусы, провоцирующие развитие латентной инфекции, имеют сложный рецепторный аппарат. Вирус папилломы человека (ВПЧ) обладает сложным механизмом инактивации противовирусного цитокинового ответа. Проникнув в клетку, вирус блокирует все механизмы, которые должны дать сигнал другим клеткам о том, что она инфицирована. Происходит блокада интерферона-альфа, -бета, -гамма, рецепторов продукции цитокинов, перестраивается генно-ядерный комплекс клетки с блокированием основных протеасом. К особенностям цитокинового ответа у пациентов с хроническими вирусными инфекциями относятся активная репликация

вируса, активация синтеза интерлейкинов 1-бета, 6, 4, 8, 18, интерферона-альфа, подавление синтеза интерферона-гамма, интерлейкина 12, фактора некроза опухоли альфа, а также воспалительная реакция, активация моноцитарно-макрофагального звена, Th₂-лимфоцитов.

На сегодняшний день показана эффективность клинического использования препаратов интерферона при ВПЧ, генитальных бородавках, остроконечных кондиломах, папилломатозе гортани. Интерферонотерапия оказывает иммуномодулирующее действие, способствует активации макрофагов, цитотоксических Т-клеток, антителсинтезирующих бета-лимфоцитов, НК-клеток.

В период обострения хронических вирусных инфекций (герпесвирусной инфекции) препараты интерферона назначают коротким курсом для купирования клинических проявлений. Для профилактики в период ремиссии заболевания препараты интерферона применяют несколько раз в неделю. Прерывистый курс введения позволяет минимизировать возможность появления феномена гипореактивности, обусловленного контрольными механизмами продукции интерферона.

Интерферон – противовирусный цитокин, но его нельзя путать с препаратами прямой противовирусной направленности, такими как ациклические нуклеози-

ды, для лечения герпесвирусной инфекции. Поэтому назначение иммунных препаратов не заменяет, а дополняет этиотропную терапию.

Профессор А.Е. Шульженко привел в пример препарат Генферон. Генферон содержит три уникальных компонента, оказывающих местное и системное действие, – человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b, таурин и бензокаин. Механизм противовирусного действия Генферона заключается в защите не инфицированных вирусом клеток. Интерферон альфа-2b ингибирует репликацию и транскрипцию вирусов, обладает иммуномодулирующим, антипролиферативным и опосредованным антибактериальным эффектом. Таурин нормализует метаболические процессы в тканях, способствует их регенерации, взаимодействует со свободными радикалами кислорода, нейтрализуя их и предохраняя ткани от повреждения. Бензокаин оказывает местное обезболивающее действие. Тройное действие препарата позволяет нормализовать неопластическую трансформацию клеток и ингибировать опухолевый рост. Применение Генферона в гинекологической практике способствует повышению эффективности терапии ВПЧ, сокращению количества рецидивов и снижению риска развития рака шейки матки.

Гинекология

Как обеспечить наилучший эффект лечения урогенитальных инфекций

По данным д.м.н., профессора кафедры дерматовенерологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета Алексея Алексеевича ХРЯНИНА, проблема приверженности пациентов лечению в нашей стране особенно актуальна. Россияне считаются одними из самых недисципли-

нированных пациентов в мире. Статистические данные демонстрируют, что 51% россиян лечатся самостоятельно, обращаясь к врачу в крайнем случае. При этом 20–30% выписанных врачом препаратов никогда не принимаются пациентами, 50% препаратов, назначенных для лечения хронических заболеваний, принимаются пациентами с наруше-



Д.м.н., профессор
А.А. Хрянин

Результаты метаанализа 12 клинических исследований (n = 1211) уровня доказательности I и II продемонстрировали терапевтическую активность Генферона в комплексном лечении урогенитальных инфекций. Включение Генферона в терапию пациентов с урогенитальными инфекциями способствует более быстрому купированию симптомов заболевания, нормализации иммунологических показателей и сокращению сроков лечения

ниями схемы (дозы, кратности, продолжительности). На приверженность лечению влияют такие факторы, как психологические особенности больного, социально-экономические аспекты, клинические особенности заболевания, особенности терапевтической программы и др. При этом низкая приверженность чаще встречается в лечении асимптоматических заболеваний. Особенно актуальны вопросы приверженности лечению в гинекологической практике, поскольку от успеха лечения зависит репродуктивное здоровье женщин. Основными возбудителями воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин являются *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*. Растет распространенность ВПЧ, вируса простого герпеса 1 и 2 типов. Условно патогенные микроорганизмы *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis* при определенных условиях могут вызывать различные по локализации патологические процессы. Кроме того, необходимо учитывать роль различных анаэробных и аэробных

патогенов: энтерококков, энтеробактерий, стафилококков, стрептококков, гарднерелл и др. Значительная часть инфекций влагалища являются микст-инфекциями, возбудители которых усугубляют общее течение заболевания и осложняют лечение.

«Существенно осложняет ситуацию недостаточная компетентность врачей», – отметил профессор А.А. Хрянин. Лечение инфекций органов репродукции, в том числе инфекций, передающихся половым путем (ИППП), предполагает комплексный подход, в том числе назначение иммуностропных препаратов.

Иммуностропная терапия – активное воздействие на иммунную систему с целью нормализации ее функционального состояния. В последние годы широкое распространение получило включение в алгоритм лечения инфекционных заболеваний модуляторов иммунной системы. Иммуномодуляторы не влияют на болезнь непосредственно, но могут усилить эффект от применения традиционных антибактериальных и противовирусных препаратов.

Природа создала универсальное средство для защиты от инфекции – противовирусные белки, которые получили название «интерфероны» (от англ. *interfere* – препятствовать). Интерфероны относятся к классу цитокинов, которые с уверенностью можно назвать лекарствами XXI в. Их эффективность гораздо выше, чем у любого химически синтезированного препарата, поскольку они обладают особым механизмом действия, который позволяет блокировать размножение вирусов. Известно несколько видов интерферонов, среди которых наиболее важное значение имеют интерфероны альфа, -бета и -гамма. Интерферон-альфа вырабатывается лейкоцитами и отличается широким спектром действия. Он оказывает противовирусное действие,

подавляя репликацию вирусной РНК, сборку вируса и связывание с рецепторами здоровых клеток, что делает их невосприимчивыми к вирусу. Иммуномодулирующее действие интерферона-альфа обуславливает увеличение цитотоксической активности CD8+ Т-лимфоцитов, NK-клеток, иммуносекретирующей активности В-лимфоцитов, экспрессии молекул HLA, эффективности процесса и презентации антигена, фагоцитарной активности. Интерферон-альфа оказывает опосредованное антибактериальное действие. Эффект интерферона-альфа при внутриклеточных инфекциях определен снижением уровня метаболизма инфицированных клеток, при других инфекциях – иммуномодулирующим действием на фагоцитирующие клетки и NK-клетки.

Эффективность препаратов интерферона в лечении инфекций различной этиологии оценивалась в значительном количестве клинических исследований. В настоящее время среди лекарственных средств, обладающих иммуномодулирующими свойствами, выделяют препарат Генферон. Результаты метаанализа 12 клинических исследований (n = 1211) уровня доказательности I и II продемонстрировали терапевтическую активность Генферона в комплексном лечении урогенитальных инфекций, ВПЧ и других ИППП. Схема использования Генферона в составе комплексной терапии ИППП включает применение препарата в комбинации со стандартной терапией на первом этапе лечения, а также на втором этапе параллельно с препаратами, восстанавливающими микрофлору.

Таким образом, включение Генферона в терапию пациентов с урогенитальными инфекциями способствует более быстрому купированию симптомов заболевания, нормализации иммунологических показателей и сокращению сроков лечения.

Папилломавирусная инфекция: современные проблемы

Профессор кафедры акушерства и гинекологии РМАНПО, д.м.н. Светлана Ивановна РОГОВСКАЯ прочла доклад об эпидемиологии, диагностике и лечении папилломавирусной инфекции, возбудителем которой является ВПЧ.

Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, становится все более актуальной в связи с резким ростом инфицированности и способностью данного возбудителя вызывать злокачественную патологию. Известно, что ВПЧ является ведущим этиологическим фактором развития рака шейки матки и плоскоклеточных карцином другой локализации.

В зависимости от онкогенного потенциала типы ВПЧ подразделяются на две группы: высокого и низкого риска. ВПЧ низкого онкогенного риска редко вызывает развитие диспластических процессов и чаще ассоциируется с аногенитальными кондиломами. ВПЧ высокого онкогенного риска часто приводит к возникновению цервикальной интраэпителиальной неоплазии и карциномы. Неонкогенные типы нередко сочетаются с онкогенными, обуславливая мультицентричность поражений. У 25% женщин с генитальными кондиломами вульвы наблюдаются экзофитные кондиломы шейки матки и/или влагалища и другие проявления папилломавирусной инфекции¹.

В зависимости от проявлений папилломавирусной инфекции на гениталиях выделяют клиническую, субклиническую и латентную формы. Клиническая форма инфекции – это в основном генитальные бородавки в виде остроконечных кондилом. Субклиническая форма проявляется в виде плоских кондилом, которые чаще

локализуются на шейке матки и реже – во влагалище. Латентная форма не сопровождается морфологическими изменениями в инфицированной ткани, а ДНК вируса часто определяют там, где нет заметных клинических или гистологических признаков инфекции. Для классификации ВПЧ-индуцированных изменений Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать терминологическую систему Бетесда:

- норма;
- атипичные клетки плоского эпителия неясного значения;
- интраэпителиальное плоскоклеточное поражение низкой степени тяжести (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL);
- интраэпителиальное плоскоклеточное поражение высокой степени тяжести (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion);
- карцинома.

LSIL объединяет цитологические изменения, указывающие на дисплазию слабой степени тяжести, и ВПЧ-индуцированные морфологические изменения. LSIL может быть вызвана как онкогенными, так и неонкогенными типами ВПЧ. У большинства инфицированных женщин происходит самоэлиминация ВПЧ в течение 6–19 месяцев без лечения. Вероятность элиминации ВПЧ и ремиссии LSIL высока, если отсутствуют повреждения в генах и иммунной системе.

Для диагностики субклинической формы папилломавирусной инфекции LSIL применяют цитологический метод, кольпоскопию, молекулярно-биологические методы (обнаружение ДНК вируса, использование онкомаркеров и др.). Однако чувствительность цитологических методов для об-



Д.м.н., профессор
С.И. Роговская

наружения поражений шейки матки LSIL в среднем составляет около 60%. Большое внимание сегодня уделяется ВПЧ Digene-тесту, который дает возможность количественного определения ДНК вируса и его клинически значимых концентраций. Пороговая концентрация ВПЧ в цервикальной пробе – 10^4 копий (при концентрации выше этой границы вероятность развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии очень высока).

Чаще всего LSIL определяется у женщин молодого возраста (до 30 лет). В большинстве случаев современная тактика ведения таких пациенток подразумевает динамическое наблюдение. Выявление этого состояния у пациенток старше 30 лет требует пристального внимания, поскольку у женщин среднего возраста из-за длительной персистенции вируса поражения регрессируют значительно реже.

Стратегия ведения пациенток с LSIL в разных странах различается. Как правило, выбор метода лечения зависит от величины поражения, наличия или отсутствия других сопутствующих заболеваний и мотивации самой женщины. Обнаружение у женщины онкогенных типов вируса, неудовлетворительные результаты кольпоскопии и наличие по-

¹ Li J., Rousseau M.C., Franco E.L., Ferenczy A. Is colposcopy warranted in women with external anogenital warts? // J. Low Genit. Tract. Dis. 2003. Vol. 7. № 1. P. 22–28.

Было проведено сравнительное плацебоконтролируемое исследование безопасности и эффективности препарата Генферон Лайт при лечении урогенитальных инфекций во втором и третьем триместрах беременности. На фоне десятидневного применения препарата Генферон Лайт в комбинации со стандартной терапией устранение воспалительных изменений наблюдалось почти в 90% случаев (данные кольпоскопии)

ражений шейки матки предполагают активную тактику ведения пациентки, включающую методы эксцизии или аблации. Деструкция (абляция) подразумевает применение крио-, электро-, лазеротерапии, аргоноплазменной коагуляции, а эксцизия – использование радио- и электроножа. Все виды локального лечения направлены на удаление кондилом и атипически измененного эпителия в зависимости от их локализации. Другой подход к ведению пациенток с начальными проявлениями цервикальной интраэпителиальной неоплазии – консервативная терапия (противовирусная, иммуномодулирующая) под контролем врача. Сегодня доказана целесообразность применения адъювантной иммунотерапии в лечении папилломавирусной инфекции, которая манифестирует на фоне изменений системного и локального иммунитета. Профессор С.И. Роговская отметила целесообразность применения локальных форм иммуномодулирующих препаратов при лечении пациенток с папилломавирусной инфекцией. Эффективность препарата Генферон в комплексной терапии LSIL, остроконечных кон-

диллом, герпетической инфекции подтверждена рядом рандомизированных, масштабных плацебоконтролируемых исследований. Было проведено сравнительное рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое проспективное исследование безопасности и эффективности препарата Генферон Лайт при лечении урогенитальных инфекций во втором и третьем триместрах беременности. На фоне десятидневного применения препарата Генферон Лайт (один суппозиторий 250 000 МЕ вагинально два раза

в сутки) в комбинации со стандартной терапией устранение воспалительных изменений наблюдалось почти в 90% случаев (данные кольпоскопии)².

Генферон повышает вероятность элиминации ВПЧ и способствует регрессии патологического процесса. Однако следует помнить, что ни один иммунный препарат не способен полностью элиминировать ВПЧ, а потому не может заменить стандартную терапию. К диагностике и лечению заболеваний, обусловленных ВПЧ, следует подходить комплексно.

Заключение

К настоящему времени накоплено много данных о применении препаратов интерферона при различных вирусных инфекционных заболеваниях. Особенности лечебно-профилактического действия препаратов интерферона обусловлены их фармакологическими свойствами.

В состав комбинированного препарата Генферон («БИОКАД», Россия) входит рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b, вырабатываемый штаммом бактерии *Escherichia coli*, в которую методами генной инженерии введен ген интерферона альфа-2b человека, а также таурин и бензокаин.

Интерферон альфа-2b оказывает противовирусное, иммуномодулирующее, антипролиферативное и опосредованное антибактериальное действие. Будучи сильным антиоксидантом, таурин непосредственно взаимодействует с активными формами кислорода, избыточное накопление которых способствует развитию патологических процессов. Таурин способствует сохранению биологической активности интерферона, уси-

ливая терапевтический эффект применения препарата. Бензокаин – местный анестетик – препятствует возникновению болевых импульсов в окончаниях чувствительных нервов, блокирует их проведение по нервным волокнам, купируя боль, зуд, чувство жжения.

Генферон применяется у взрослых в составе комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта: генитального герпеса, хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, рецидивирующего вагинального кандидоза, трихомоноза, папилломавирусной инфекции, бактериального вагиноза, эрозии шейки матки, цервицита, вульвовагинита и др.

Препарат Генферон Лайт не содержит бензокаин и может быть использован для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта у детей и беременных.

Применение препаратов Генферон и Генферон Лайт способствует ликвидации очагов инфекции, восстановлению иммунной системы, улучшению вирусологических, кольпоскопических и цитологических показателей. ☺

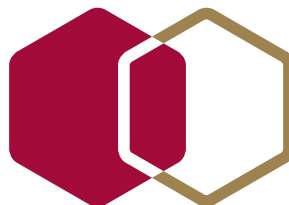
² Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С. Иммунотропная терапия урогенитальных инфекций у беременных // Вестник последипломного медицинского образования. 2009. № 1. С. 23–26.

Основные темы конференции:

1. Непрерывное профессиональное медицинское образование: время перемен.
2. Управление качеством и организацией персонализированной медицинской помощи женщинам и мужчинам для повышения ее доступности и качества.
3. Демография и репродуктивное здоровье женщин: планирование семьи; репродуктивное поведение молодежи; контрацепция в современных условиях.
4. Физиология и патология пубертатного периода.
5. Регистр пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников.
6. Неонатальный скрининг эндокринопатий (гипотиреоз и врожденная дисфункция коры надпочечников).
7. Ведение девочек и женщин с синдромом Шерешевского – Тернера.
8. Междисциплинарные нерешенные вопросы репродуктивного здоровья женщин и мужчин.
9. Эндокринная гинекология: гормонально зависимые заболевания репродуктивной системы; профилактика синдрома поликистозных яичников; возможности таргетной терапии в гинекологии – надежды и разочарования.
10. Новые достижения вспомогательных репродуктивных технологий в решении вопроса бесплодия в браке.
11. Репродуктивное здоровье женщин от пубертата до менопаузы.
12. Планирование и ведение беременности при эндокринных заболеваниях.
13. Миома матки и аденомиоз в репродуктивном возрасте у женщин с эндокринными заболеваниями.
14. Низкий овариальный резерв в репродуктивном возрасте: пути решения проблемы.
15. Ведение беременности высокого риска и осложненных родов.
16. Особенности подготовки пациенток с гипогонадотропной формой гипогонадизма.
17. Сохранение репродуктивного здоровья при различных эндокринных, в том числе орфанных, заболеваниях.
18. Возможности осуществления репродуктивной функции у мальчиков с синдромом Клайнфельтера.
19. Сохранение мужского репродуктивного здоровья в разные возрастные периоды жизни.
20. Андрогендефицит у пациентов с эндокринными заболеваниями.
21. Репродуктивная и эндокринная андрология.
22. Женское и мужское сексуальное здоровье.
23. Сексуальная дисфункция у эндокринных пациентов.
24. Качество жизни в переходном и пожилом возрасте с компенсацией эстрогенной и андрогенной недостаточности.
25. Преимплантационная генетическая диагностика наследственных эндокринопатий и хромосомных нарушений.
26. Особенности проведения вспомогательных репродуктивных технологий при обструктивной и необструктивной формах азооспермии (в том числе перкутаные биопсии придатка и ткани яичка (ПЕСА, ТЕСА, ТЕСЕ), операция по извлечению сперматозоидов из ткани яичка, микроТЕСЕ, криоконсервация и хранение гамет (ооцитов и сперматозоидов) и эмбрионов).

ЭНЦ
Эндокринологический
научный центр

РАЭ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ЭНДОКРИНОЛОГОВ



II ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ **Репродуктивное здоровье женщин и мужчин**

8–9 апреля 2017 года, Москва

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: ул. Дмитрия Ульянова,
д. 11, корп. 3 (ФГБУ «Эндокринологический научный
центр» Минздрава России)

КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ: 500–600

ОРГАНИЗАТОРЫ: ФГБУ «Эндокринологический научный
центр» Минздрава России, Общественная организация
«Российская ассоциация эндокринологов»

Программа конференции базируется на междисциплинарном подходе к обсуждению ключевых направлений репродуктивной эндокринологии, эндокринной гинекологии и андрологии. Формы организации работы конференции: пленарные лекции, симпозиумы, круглые столы и научно-практические школы для врачей, семинары с демонстрацией новейших информационных технологий.

Темы конференции представляют интерес как для эндокринологов, акушеров-гинекологов и андрологов, так и для врачей смежных специальностей – терапевтов, семейных врачей, неонатологов, педиатров, урологов, хирургов, врачей функциональной диагностики, специалистов-генетиков, а также организаторов здравоохранения. Работу конференции сопровождает выставка ведущих отечественных и зарубежных фирм, производящих лекарственные средства, изделия медицинского назначения, медицинскую литературу и периодические специализированные издания.

Приглашаем всех заинтересованных специалистов принять участие в работе конференции. Для подачи тезисов нужно зарегистрироваться на сайте www.rae-org.ru и подтвердить свое участие в мероприятии.

ПОЛНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: WWW.RAE-ORG.RU

Воспалительные заболевания нижних отделов генитального тракта: диалог гинеколога и микробиолога

Лечение воспалительных процессов нижних отделов гениталий нередко бывает малоэффективно, что обусловлено ростом антибиотикоустойчивых видов микроорганизмов, изменением клинического течения инфекционного процесса с тенденцией к бессимптомному, затяжному или рецидивирующему. В рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «Астеллас», были рассмотрены алгоритмы ведения пациенток с цервицитами и вульвовагинитами с применением антибактериальных препаратов широкого спектра действия.



Д.м.н., профессор
И.А. Аполихина

Неспецифический вагинит – инфекционно-воспалительный процесс, вызванный условно патогенной микрофлорой. По данным д.м.н., профессора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) им. акад. В.И. Кулакова Инны Анатольевны АПОЛИХИНОЙ, в России неспецифический вагинит диагностируется у каждой пятой пациентки,

Цервициты и вагиниты: практические решения

обратившейся к гинекологу. Это соответствует данным мировой статистики, согласно которой распространенность неспецифического вагинита составляет 10–29%^{1, 2}. Неспецифические вагиниты, сами не представляющие угрозы здоровью женщины, могут стать причиной воспалительных заболеваний органов малого таза, хориоамнионита, преждевременного разрыва плодных оболочек, внутриутробного инфицирования плода, послеродового эндометрита.

Чаще всего возбудителями неспецифического вагинита и цервицита являются полимикробные ассоциации, которые состоят из патогенных, таких как *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, и условно патогенных микроорганизмов. Многообразие этиологических фак-

торов микст-инфекции приводит к неэффективности терапии, высокой частоте осложнений, росту числа антибиотикорезистентных штаммов и хроническому рецидивирующему течению заболевания. Так, анализ данных многоцентрового неинтервенционного исследования BALANCE (n = 711) показал, что у 52,5% пациенток в анамнезе имела место рецидивирующая цервиковагинальная инфекция³.

Одной из причин рецидивов неспецифических вульвовагинитов является антибактериальная терапия, которая проводится без учета этиологических факторов и уровня резистентности инфекционных возбудителей. Частые рецидивы отмечаются при применении комбинированных антибактериальных препаратов местного действия, при этом в ряде случаев сохраняется и даже усугубляется

¹ Тютюник В.Л., Михайлова О.И., Меджидова М.К. Неспецифический вагинит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, современные принципы лечения // Акушерство и гинекология. 2011. № 7-2. С. 92–96.

² Peipert J.F., Ness R.B., Soper D.E., Bass D. Association of lower genital tract inflammation with objective evidence of endometritis // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2000. Vol. 8. № 2. P. 83–87.

³ Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Додова Е.Г., Гасанова Г.Ф. Современные аспекты комбинированной антибактериальной терапии неспецифических вагинитов и цервицитов (результаты неинтервенционного исследования BALANCE) // Акушерство и гинекология. 2015. № 8. С. 70–77.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

дефицит лакто- и бифидофлоры влагалища⁴.

Вагинальная инфекция редко встречается изолированно, так как практически всегда в воспалительный процесс вовлекается шейка матки, которая считается второй линией защиты репродуктивной системы от инфекций. На этом этапе происходит подавление патогенной и транзитной микрофлоры. Наиболее агрессивное воздействие на слизистую шейки матки оказывают инфекции, передаваемые половым путем, – *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и др. *Mycoplasma genitalium* причислена к абсолютным патогенам и вызывает поражения мочеполовых органов со значительными клиническими проявлениями. Она приводит к развитию острых негонорейных уретритов у мужчин, является причиной проктитов в 5–12% случаев и этиологическим фактором воспалительных заболеваний органов малого таза в 10–15% случаев. *Mycoplasma genitalium* является ко-фактором развития других инфекций, передаваемых половым путем. Быстрое развитие резистентности *Mycoplasma genitalium* к существующим антибактериальным препаратам (тетрациклам, макролидам, фторхинолонам) обуславливает необходимость поиска новых лекарственных средств.

Ureaplasma urealyticum считается условно патогенным микроорганизмом. Доказана связь между персистенцией *Ureaplasma urea-*

lyticum и предраковыми изменениями шейки матки вплоть до плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени тяжести (HSIL). Инфицирование *Ureaplasma urealyticum* повышает риск заражения вирусом папилломы человека (ВПЧ) в 4,7 раза⁵.

Чем больше массивность колонизации *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, тем выше риск развития того или иного воспалительного процесса. Колонизация влагалища *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* ассоциируется с высоким риском развития бактериального вагиноза, воспалительных заболеваний органов малого таза, послеродового эндометрита, преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и невынашивания беременности.

На фоне цервицита у 27% женщин развивается эндометрит, подтверждаемый гистологически. Именно поэтому при цервиците необходима антибиотикотерапия препаратами с широким спектром действия, в том числе с активностью против облигатно-анаэробной микрофлоры и *Mycoplasma genitalium*.

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных урогенитальными заболеваниями, при выявлении *Mycoplasma hominis* и/или *Ureaplasma urealyticum* в количестве более 10⁴ КОЕ/мл, но при отсутствии клинических и лабораторных признаков воспаления мо-

чеполовой системы лечение не проводится. Исключение составляют доноры спермы, лица с диагнозом бесплодия, женщины с невынашиванием беременности, наличием перинатальных потерь в анамнезе⁶.

Учитывая гетерогенность условно патогенной флоры, выявляемой при исследовании вагинального и цервикального секрета, для лечения неспецифического вагинита и цервицита необходимы антимикробные препараты с широким спектром действия. Между тем активность применяемых при вагините и цервиците препаратов не перекрывает весь спектр наиболее частых возбудителей. В исследовании А.Ю. Шаталовой (2011) было продемонстрировано, что эффективность системной антибактериальной терапии неспецифического вагинита выше, чем при лечении местными антимикробными средствами⁷.

Исследование по оценке чувствительности *Ureaplasma* spp. к антибиотикам, в котором наиболее часто выявляемым сероваром была *Ureaplasma parvum*, продемонстрировало, что тетрациклины и макролиды в отличие от фторхинолонов сохраняют высокую эффективность в отношении генитальных микоплазм⁸.

В другом исследовании джозамицин (Вильпрафен) также продемонстрировал высокую микробиологическую эффективность (92–93%) при инфекциях, вызванных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*⁹.

⁴ Кисина В.И. Микроценоз влагалища в норме и при вагинальных инфекциях: методы его коррекции // Consilium Medicum. 2002. Т. 4. № 7. С. 364–367.

⁵ Biernat-Sudolska M., Szostek S., Rojek-Zakrzewska D. et al. Concomitant infections with human papillomavirus and various mycoplasma and ureaplasma species in women with abnormal cervical cytology // Adv. Med. Sci. 2011. Vol. 56. № 2. P. 299–303.

⁶ Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma hominis* / Российское общество дерматологов и косметологов. Российское общество акушеров-гинекологов. М., 2015.

⁷ Шаталова А.Ю. Лечение вульвовагинитов, вызванных условно патогенными микроорганизмами. Современные представления и оценка эффективности // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. № 4. С. 46–52.

⁸ Huijak B., Sabol I., Vojnović G. et al. *Ureaplasma urealyticum* and *Ureaplasma parvum* in women of reproductive age // Arch. Gynecol. Obstet. 2014. Vol. 289. № 2. P. 407–412.

⁹ Лысенко Р.В., Кузнеценкова Т.В., Изликов В.А., Дерябина В.П. Распространенность воспалительных заболеваний мочеполовых органов, ассоциированных с генитальными микоплазмами. Эффективность лечения // Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 2. С. 83–88.

Амоксициллин/клавулановая кислота (Флемоклав Солютаб) и джозамицин (Вильпрафен) давно применяются в акушерско-гинекологической практике и имеют доказанную эффективность в лечении урогенитальных инфекций. В крупномасштабном исследовании BALANCE были подтверждены эффективность и безопасность применения Флемоклава Солютаб и/или Вильпрафена в терапии неспецифического вагинита и/или цервицита в рутинной клинической практике акушера-гинеколога³.

Препарат Флемоклав Солютаб рекомендовался к приему по одной таблетке (875/125 мг) два раза в сутки в течение семи дней, препарат Вильпрафен – по одной таблетке (500 мг) три раза в сутки¹⁰. При сочетании неспецифического

вагинита с цервицитом препарат Флемоклав Солютаб назначался в комбинации с препаратом Вильпрафен в течение семи – десяти дней¹⁰. Полученные данные позволили заключить, что исследуемые препараты являются высокоэффективными при лечении неспецифического вагинита/цервицита. Препарат Флемоклав Солютаб продемонстрировал активность в отношении 100% штаммов анаэробных возбудителей, устойчивых к метронидазолу, препарат Вильпрафен – в отношении 96–100% штаммов внутриклеточных возбудителей цервицита.

Профессор И.А. Аполихина отметила, что уже разработаны новые Евразийские практические рекомендации по стратегии и тактике рационального применения антимикробных средств в амбулатор-

ной практике. Согласно данным рекомендациям, препаратами выбора при лечении пациентов с уретритом, вагинитом и цервицитом, вызванных *Chlamydia trachomatis*, являются джозамицин, доксициклина моногидрат и азитромицин.

Из соображений безопасности доксициклин следует применять именно в форме моногидрата (Юнидокс Солютаб), при приеме которого риск развития лекарственного эзофагита минимален¹¹. Джозамицин (Вильпрафен) представлен в рекомендациях как единственный антимикробный препарат, который можно назначать при хламидийной и микоплазменной инфекции женщинам на любом сроке беременности¹² в дозе 500 мг три раза в сутки в течение семи – десяти дней¹⁰.



Д.м.н.
Т.В. Прутневич

Руководитель отдела микробиологии, клинической фармакологии и эпидемиологии НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, д.м.н. Татьяна Валерьевна ПРИПУТНЕВИЧ сфокусировала выступление на микробиологических аспектах проблемы оппортунистических инфекций.

Оппортунистические инфекции нижних отделов генитального тракта: есть ли проблема антибиотикорезистентности

Такую нозологическую форму, как оппортунистические инфекции, представляют бактериальный вагиноз, который характеризуется качественным и количественным нарушением микрофлоры влагалища, кандидозный вульвовагинит и аэробный вагинит. В целом, на долю бактериального вагиноза и кандидоза приходится от 20 до 60%, около 10–15% составляют аэробные вагиниты и 30% – возможные ассоциации микроорганизмов.

Современный методический уровень позволил уточнить диагностические критерии таких понятий, как нормоценоз, бактериальный вагиноз, аэробный вагинит и кандидозный вульвовагинит (таблица)¹³.

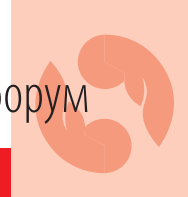
У здоровых женщин при микроскопии вагинальный эпителий представлен клетками поверхностных слоев, лейкоцитарная реакция отсутствует, микрофлора в умеренном или большом количестве, представлена в основном лактоморфотипами. Если в XX в. считалось, что среди лактобацилл преобладают *Lactobacillus acidophilus*, то современные исследования с применением молекулярных методов диагностики продемонстрировали практически отсутствие *Lactobacillus acidophilus* в отделяемом из влагалища женщины репродуктивного возраста. Исследование, проведенное специалистами НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, показало преобладание *Lactobacillus crispatus* в микроценозе у беремен-

¹⁰ Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Евразийские клинические рекомендации / под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. М.: Пре100 Принт, 2016.

¹¹ Белоусов Ю.Б., Данилов А.Н., Зырянов С.К., Рачина С.А. Доксициклинассоциированный лекарственный эзофагит: современные фармакологические возможности решения клинической проблемы // Consilium Medicum. 2012. Т. 14. № 4. С. 57–63.

¹² Препарат Вильпрафен разрешен к применению в период беременности после врачебной оценки пользы/риска.

¹³ Анкирская А.С., Муравьева В.В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов (медицинская технология). М., 2011.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

Таблица. Диагностические критерии нормоценоза, бактериального вагиноза, аэробного вагинита и кандидозного вульвовагинита

Критерий	Нормоценоз	Бактериальный вагиноз	Кандидозный вульвовагинит	Аэробный вагинит
<i>Микроскопия мазка</i>				
Вагинальный эпителий	Клетки поверхностных слоев (при повышенном уровне эстрогенов встречаются «ложно ключевые» клетки)	Клетки поверхностных слоев, часто встречаются «ключевые» клетки	Клетки преимущественно поверхностных слоев, но могут быть промежуточные или парабазальные клетки	Поверхностные и промежуточные клетки, при выраженном процессе встречаются парабазальные клетки
Лейкоцитарная реакция	Отсутствует или слабо выражена (единичные лейкоциты в поле зрения)	Отсутствует (если она выражена, вероятна смешанная инфекция)	От умеренной (10–15 лейкоцитов в поле зрения) до резко выраженной (30–50 и более лейкоцитов в поле зрения)	От умеренной (10–15 лейкоцитов в поле зрения) до резко выраженной (30–50 и более лейкоцитов в поле зрения)
Общее количество микроорганизмов	Умеренное или большое	Массивное	Умеренное или большое	Умеренное или большое
Доминирующий морфотип	Лактобациллы	Строгие анаэробы и гарднереллы (лактобациллы отсутствуют или определяются как единичные)	Морфотипы лактобацилл (присутствуют дрожжевые клетки, псевдомицелий)	Условно патогенные микроорганизмы (грамотрицательные палочки или грамположительные кокки, лактобациллы отсутствуют или их количество резко снижено)
<i>Культуральное исследование</i>				
Общая микробная обсемененность	6–8 Lg КОЕ/мл	Превышает 9 Lg КОЕ/мл	Не превышает 8 Lg КОЕ/мл	Отсутствие роста лактобацилл или минимальное их количество (менее 4 Lg КОЕ/мл)
Характер микрофлоры	Абсолютное преобладание лактобацилл. Условно патогенные микроорганизмы в низком титре или отсутствуют	Полимикробный характер микрофлоры с абсолютным преобладанием анаэробных видов и гарднереллы. Отсутствует рост лактобацилл или их титр резко снижен	Дрожжевые грибы присутствуют в титре более 4 Lg КОЕ/мл. Лактобациллы высевают в титре более 6 Lg КОЕ/мл	Рост факультативно анаэробных или аэробных условно патогенных микроорганизмов чаще одного вида в большом титре 5–8 Lg КОЕ/мл

ных над другими лактобациллами и отсутствие *Lactobacillus iners*¹⁴, которую целый ряд исследователей теперь рассматривают в качестве маркера бактериального вагиноза. Для бактериального вагиноза характерна общая массивная микробная обсемененность. Микроскопическая картина влажалошного отделяемого представлена эпителиальными клетками, часто

встречаются «ключевые» клетки, лейкоцитарная реакция, как правило, отсутствует. При культуральном исследовании общая микробная обсемененность достигает 9 Lg КОЕ/мл, имеет место полимикробный характер микрофлоры. Долгое время считалось, что главенствующую роль при бактериальном вагинозе играет *Gardnerella vaginalis*. С помощью новейших

технологий удалось определить преобладание бактероидов, а также фузобактерий, пептококков, коринебактерий, эубактерий и даже клостридий. По данным НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, микроценоз влагалища у беременных с бактериальным вагинозом содержит 27 видов анаэробных бактерий. Традиционная терапия бактериального вагиноза включает в себя

гинекология

¹⁴ Мелкумян А.Р., Припутневич Т.В., Анкирская А.С. и др. Видовой состав лактобактерий при различном состоянии микробиоты влагалища у беременных // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2013. Т. 15. № 1. С. 72–79.

препараты с антианаэробной активностью, к которым относится метронидазол. Если в 2002 г. устойчивость *Gardnerella vaginalis* к метронидазолу составляла 29%¹⁵, то в 2015 г. она достигла 68–100%¹⁶. Устойчивые к метронидазолу штаммы все чаще обнаруживают при рецидивирующем бактериальном вагинозе. Рост антибиотикорезистентности обусловлен нерациональным, зачастую профилактическим использованием местных препаратов, содержащих метронидазол, неадекватным дозированием антибиотиков и нарушением режима приема. По данным зарубежных и отечественных исследований, альтернативой метронидазолу может служить амоксициллин/клавулановая кислота, к которой *Gardnerella vaginalis* сохраняет 100%-ную чувствительность.

У женщин с кандидозным вульвовагинитом в микроскопической картине влагалищного отделяемого доминируют морфотипы лактобацилл, присутствуют дрожжевые клетки и псевдомицелии. При культуральном исследовании общее количество микроорганизмов не превышает 8 Iг КОЕ/мл. Еще 15 лет тому назад считалось, что кандидозный вульвовагинит вызывается *Candida albicans*. На сегодняшний день установлено, что в его развитии, помимо *Candida albicans*, участвуют и другие виды дрожжевых грибов. По данным специалистов отдела микробиологии НЦАГиП, в этиологической структуре кандидозного вагинита преобладают *Candida albicans* (76%), 24% приходится на грибы рода *Candida non-albicans* видов, среди которых преобладает *Candida glabrata*.

Грибы *Candida albicans* в 97,7% случаев чувствительны к современным антимикотическим препаратами. Среди *Candida non-albicans*

видов к этим же препаратам чувствительны лишь 38% возбудителей¹⁷. Преодолеть резистентность возможно с помощью комбинирования местных и системных антимикотиков (например, натамицина и флуконазола) либо путем увеличения доз системного антимикотика (до 0,45 г флуконазола однократно).

У женщин с аэробным или неспецифическим вагинитом микроскопическая картина влагалищного отделяемого представлена вагинальным эпителием поверхностных и промежуточных клеток, выраженной лейкоцитарной реакцией, отсутствием морфотипов лактобацилл и преобладанием морфотипов условно патогенных микроорганизмов. При культуральном исследовании отмечается рост факультативно анаэробных и аэробных условно патогенных микроорганизмов. Согласно исследованиям, проведенным специалистами НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, среди возбудителей аэробного вагинита у беременных преобладали *Streptococcus* spp., *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*¹⁴. Наблюдается неуклонно растущая устойчивость основных возбудителей аэробного вагинита к антибиотикам. Если в 2013 г. *Escherichia coli* демонстрировала 100%-ную чувствительность к защищенным ампициллинам и цефалоспорином, то в 2016 г. чувствительность к защищенным ампициллинам составила 91%, а к цефалоспорином – 88%. Более значимое снижение чувствительности к эритромицину показала *Streptococcus agalactiae* (с 100 до 74%), при этом сохраняя, как и *Enterococcus faecalis*, 100%-ную чувствительность к ампициллинам.

По мнению Т.В. Припутневич, незащищенные аминопенициллины следует назначать в качестве эмпи-

рической терапии при инфекциях, вызванных грамположительными кокками (*Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterococcus faecalis*). Защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавулановая кислота) можно использовать в качестве эмпирической терапии аэробного вагинита, вызванного энтеробактериями, бактериального вагиноза и его смешанных форм.

Ureaplasma urealyticum и *Mycoplasma hominis* присутствуют при различных состояниях микроценоза влагалища, в том числе и при нормоценозе, но чаще при бактериальном вагинозе (74,6%) и бактериальном вагинозе в сочетании с кандидозным вагинитом (73,7%). При нормоценозе и отсутствии признаков воспаления лечение не проводится. В остальных случаях, согласно международным рекомендациям, для эрадикации возбудителей следует применять макролиды. Беременным назначают 16-членные макролиды, в частности джозамицин¹². Необходимо учитывать возможность перекрестной резистентности макролидов.

Завершая выступление, д.м.н. Т.В. Припутневич перечислила главные особенности оппортунистических инфекций:

- низкий патогенный потенциал возбудителя;
- развитие на фоне иммунокомпромиссных состояний;
- полиэтиологичность;
- смешанные формы;
- микробные ассоциации при аэробном вагините.

«Пока возбудители аэробных вагинитов чувствительны к пенициллину и макролидам, эти препараты остаются препаратами выбора в амбулаторно-поликлинической практике», – подытожила выступление д.м.н. Т.В. Припутневич.

¹⁵ Goldstein E.J., Citron D.M., Merriam C.V. et al. In vitro activities of Garenoxacin (BMS 284756) against 108 clinical isolates of Gardnerella vaginalis // Antimicrob. Agents Chemother. 2002. Vol. 46. № 12. P. 3995–3996.

¹⁶ Tomusiak A., Strus M., Heczko P.B. Antibiotic resistance of Gardnerella vaginalis isolated from cases of bacterial vaginosis // Ginekol. Pol. 2011. Vol. 82. № 12. P. 900–904.

¹⁷ Байрамова Г.Р. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: клиника, диагностика, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2013.

Распространенные ошибки в диагностике и лечении хронических цервицитов

Как отметила заведующая по клинической работе научно-поликлинического отделения НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, д.м.н. Гюльдана Рауфовна БАЙРАМОВА, цервициты играют значимую роль в возникновении и развитии предраковых процессов шейки матки. Поэтому для практических врачей важно иметь представление о наиболее информативных методах диагностики с использованием молекулярно-генетических маркеров и о тактике ведения пациенток с хроническими цервицитами.

Воспалительные процессы шейки матки могут быть связаны с микробным фактором (*Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia* spp., *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida* spp.), травмами при хирургических вмешательствах, химио- и лучевой терапией, нетрадиционным сексом, наличием эктропиона шейки матки, атрофией слизистой влагалища и шейки матки, опущением или выпадением внутренних половых органов. Воспаление шейки матки редко протекает изолированно и в большинстве случаев сочетается с вульвовагинитами.

Клинически острый цервицит проявляется в виде обильных выделений из половых путей, гиперемией, отеком слизистой влагалища и шейки матки. Могут быть изъязвления – истинные эрозии, которые имеют очень быструю тенденцию к эпителизации и хронизации процесса.

Хронический цервицит в 25–48% случаев протекает бессимптомно, выделения из половых путей незначительные, гиперемия отсутствует. Расширенная кольпоскопия помогает выявить признаки цервицита. Однако окончательный диагноз ставится только после гис-

тологического исследования, подтверждающего наличие дистрофических изменений эпителия шейки матки.

Особое место среди цервицитов принадлежит поражению шейки матки ВПЧ. В последние годы появились новые данные о роли микрофлоры влагалища в персистенции ВПЧ и в последующем развитии рака шейки матки. М. Kirgiou и соавт. (2016) методом секвенирования нового поколения выявили у ВПЧ-положительных женщин более выраженное разнообразие патогенной и условно патогенной микрофлоры влагалища в отличие от ВПЧ-негативных женщин. Кроме того, было показано, что более тяжелые поражения шейки матки часто протекают на фоне дисбиоза влагалища или бактериального вагиноза, который ассоциируется с большим сообществом микроорганизмов¹⁸.

На состав микрофлоры влагалища влияет врожденный иммунный ответ, восприимчивость к инфекциям и развитию заболеваний шейки матки. По данным собственных исследований Г.Р. Байрамовой, при герпесвирусной и ВПЧ-инфекции страдают гуморальный и локальный иммунитет. Было продемонстрировано разобщение цитокинового ответа при бактериальном вагинозе и вульвовагинальном кандидозе, что проявлялось высокой степенью экспрессии цитокинов – достаточно большим выбросом интерлейкина 6, фактора некроза опухоли альфа и других цитокинов. «Сегодня мы можем сказать, что и оппортунистические инфекции тоже снижают локальный иммунитет», – пояснила Г.Р. Байрамова. Диагностика цервицитов должна быть комплексной и включать выявление урогенитальных инфек-



Д.м.н. Г.Р. Байрамова

ций и оценку биоценоза влагалища методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, микроскопическое и биологическое исследование отделяемого из половых путей, цитологическое исследование соскобов с использованием иммуноцитохимических методов, расширенную кольпоскопию. При наличии хронического экзоцервицита, не поддающегося медикаментозной терапии, показано выполнение прицельной биопсии измененного участка шейки матки с последующим гистологическим исследованием удаленного материала.

Г.Р. Байрамова рассмотрела несколько типичных ошибок диагностики цервицитов. При воспалении можно ошибочно принять нормальные сосуды за атипичные (извитые, в виде шпилек, колбасовидные, в виде запятых). В этой связи следует обращать внимание не только на форму сосудов, но и на их расположение и размер.

При цервицитах после проведенной патогенетической терапии могут наблюдаться реактивные изменения клеток плоского эпителия, которые могут быть ошибочно приняты за атипичные клетки плоского эпителия неясного генеза. В данном случае следует провести гистологическое исследование образца на наличие он-

¹⁸ Kirgiou M., Mitra A., Moscicki A.B. Does the vaginal microbiota play a role in the development of cervical cancer? // Transl. Res. 2017. Vol. 179. P. 168–182.

кобелков, параллельно тестируя на высокоонкогенные типы ВПЧ. Атипичные железистые клетки тоже могут иметь воспалительный характер. По данным специалистов НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, атипичные железистые клетки в 75% наблюдений выявлялись при хроническом цервиците, а в 10% наблюдений они сочетались с различными плоскоклеточными поражениями (атипичными клетками плоского эпителия неясного генеза, плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями, микроинвазивной плоскоклеточной карциномой). В таких случаях необходимо провести выскабливание цервикального канала и отправить образец на гистологическое исследование для уточнения диагноза.

В сложных клинических случаях проведение прицельной биопсии помогает окончательной верификации диагноза. Г.Р. Байрамова привела в качестве примера клинический случай туберкулезного цервицита, описанный в литературе¹⁹. Пациентке провели пункционную биопсию очага поражения. Гистологическое исследование показало наличие язвы эпителия шейки матки и вышележащих поражений, состоящих из гранулем с казеозным некрозом в центре, представленных эпителиоидными клетками, окруженными лимфоцитами и плазматическими клетками. Встречались и гигантские многочисленные клетки Лангханса. Туберкулез был наиболее вероятным диагнозом, который и был поставлен. В течение полугода пациентка получала противотуберкулезную терапию, после чего наступило улучшение физического состояния, а шейка матки приобрела нормальный вид.

Терапия цервицитов предусматривает комплексный подход. Основная цель лечения – эрадикация возбудителей, ассоциированных с симптомами цервицита. С учетом данных обследования терапия

может включать использование антибактериальных, противовирусных, антимикотических лекарственных средств, сочетания системных и локальных форм препаратов, иммунотерапию, деструкцию аномально измененного эпителия и закрытых желез шейки матки.

Одним из препаратов, широко используемых в клинической практике, является Флемоклав Солютаб (875 мг амоксициллина и 125 мг клавулановой кислоты). Препарат выпускается в оригинальной форме диспергируемой таблетки под торговым знаком Солютаб, что обеспечивает более высокую биодоступность и хорошую переносимость. Флемоклав Солютаб назначают по одной таблетке (875/125 мг) два раза в сутки в течение семи дней.

Следует отметить минимальную концентрацию и, следовательно, высокую биодоступность препарата джозамицин (Вильпрафен). Согласно российским рекомен-

дациям, джозамицин (Вильпрафен) и доксицилина моногидрат (Юнидокс Солютаб) назначаются в качестве препаратов выбора в терапии инфекций, вызванных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*.

Препараты Флемоклав Солютаб и Вильпрафен обеспечивают высокую эффективность терапии вагинита и цервицита. Назначение препарата Флемоклав Солютаб в комбинации с препаратом Вильпрафен при смешанных вульвовагинитах и цервицитах позволяет, по словам Г.Р. Байрамовой, перекрыть весь спектр возбудителей неспецифической и специфической цервиковагинальной инфекции. Схема лечения такова: Флемоклав Солютаб (875 + 125 мг) два раза в сутки + Вильпрафен 500 мг три раза в сутки в течение семи – десяти дней. Для подтверждения эффективности терапии необходимо провести молекулярно-биологический и цитологический анализ мазков с шейки матки.

Заключение

С учетом гетерогенности условно патогенной флоры, выявляемой при исследовании вагинального и цервикального секрета, для лечения вагинита и цервицита необходимы антимикробные препараты с широким спектром действия, к которым чувствительны основные возбудители.

Доказано, что амоксициллин/клавулановая кислота (Флемоклав Солютаб) и джозамицин (Вильпрафен) обеспечивают высокую эффективность терапии неспецифического вагинита и цервицита, в том числе ассоциированного с микоплазмами, в рутинной клинической практике акушера-гинеколога. При сочетании неспецифического вагинита с цервицитом Флемоклав Солютаб применяется в комбинации

с Вильпрафеном в течение семи – десяти дней.

Согласно современным рекомендациям по стратегии и тактике рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике, препаратами выбора при лечении пациентов с уретритом, цервицитом, вызванных *Chlamydia trachomatis*, являются джозамицин (Вильпрафен), доксицилина моногидрат (Юнидокс Солютаб). Джозамицин (Вильпрафен) и доксицилина моногидрат (Юнидокс Солютаб) рекомендуются также в качестве препаратов выбора в терапии инфекций, вызванных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*. Следует отметить, что препарат Вильпрафен официально разрешен к применению во время беременности после врачебной оценки пользы/риска. ☺

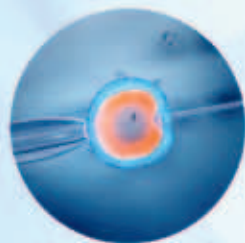
¹⁹ Ahmed S., Oguntayo A., Odogwu K., Abdullahi K. Tuberculous cervicitis: a case report // Niger. Med. J. 2011. Vol. 52. № 1. P. 64–65.

I Всероссийская научно–практическая конференция с международным участием
«СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ»

Дата проведения: 23 июня 2017 г.

Место проведения: Санкт–Петербург, большой конференц–зал
Клинической больницы Российской Академии Наук

ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:



- + Развитие преимплантационной диагностики и будущее вспомогательных репродуктивных технологий
- + Современные методы вспомогательных репродуктивных технологий и факторы, влияющие на эффективность вспомогательных репродуктивных технологий
- + Актуальные проблемы применения вспомогательных репродуктивных технологий в России
- + Клинические аспекты преимплантационной генетической диагностики
- + Генетические аспекты преимплантационной генетической диагностики
- + Особенности пренатальной диагностики после преимплантационной генетической диагностики
- + Формат заключений по преимплантационной генетической диагностике

ОРГАНИЗАТОРЫ:



- + Чикагский институт репродуктивной генетики
- + Ассоциация специалистов медицины плода
- + Группа компаний МЕДИКА
- + Центр репродукции и планирования семьи МЕДИКА

В ПРОГРАММЕ:

Выступления ведущих зарубежных и российских экспертов: репродуктологов, генетиков, специалистов преимплантационной и пренатальной диагностики.

**В стандартный пакет участника входит свидетельство
с индивидуальным кодом подтверждения**

www.artpgd-conf.ru +7 812 775 00 00
press@spbmedika.ru

Эстетическая гинекология – новое направление в гинекологии

В нашей стране все большую популярность приобретает новая отрасль медицины – эстетическая гинекология. Современные методы эстетической гинекологии, основанные на последних научных достижениях, позволяют решить множество медицинских проблем, связанных с нарушениями в урогенитальном тракте. В рамках форума «Мать и дитя» состоялось заседание, посвященное вопросам эстетической гинекологии и урогинекологии. Были рассмотрены актуальные вопросы эстетической гинекологии, методы диагностики и лечения дисфункций органов малого таза и сексуальных расстройств.



Д.м.н., профессор
И.А. Аполихина

Открыла симпозиум д.м.н., профессор Инна Анатольевна АПОЛИХИНА – руководитель первого в России отделения эстетической гинекологии и реабилитации, которое начало работу в 2016 г. на базе Научно-го центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) им. акад. В.И. Кулакова.

В решении проблем эстетической гинекологии используются как инвазивные, так и неинвазивные и малоинвазивные методы. Воздействию подвергаются мышечная, соединительная и слизистая ткани женских половых органов. Среди классических инвазивных методов широко применяется кольпоперинеолеваторопластика для хирургической коррекции опущения и выпадения тазовых органов.

Современные тренды эстетической гинекологии

К неинвазивным (консервативным) методам относятся тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи, электростимуляция, экстракорпоральная магнитная стимуляция нервно-мышечного аппарата тазового дна, использование влагалищных конусов, тренажеров Кегеля и портативных тренажеров с биологической обратной связью для домашнего использования, применение пессариев Др. Арабин. Для восстановления соединительной ткани и слизистых оболочек при заболеваниях вульвы, влагалища и шейки матки в постменопаузе, улучшения их трофики используют менопаузальную гормональную терапию и радиоволновое воздействие на структуры слизистой вульвы и влагалища.

Широкое распространение получили такие малоинвазивные технологии, как перинеопластика специальными биодеградируемыми нитями, введение филлеров. Одним из малоинвазивных методов лечения стрессового недержания мочи у женщин является периуретральное введение современного объемобразующего средства, состоящего из положительно заряженных микрочастиц декстраномера, стимулирующего эндогенный рост коллагеновых

волокон и выработку гиалуроновой кислоты. Аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами (Platelet Rich Plasma – PRP), – еще один эффективный способ стимуляции регенеративных процессов. PRP-терапия способствует повышению эластичности, ускорению заживления стенок влагалища, усилению метаболических процессов, восстановлению микрофлоры половых органов и чувствительности слизистой у женщин. Эта методика успешно разработана и применяется в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова для лечения женщин со склероатрофическим лишаем, генитоуринарным синдромом в менопаузе и стрессовым недержанием мочи.

В настоящее время лидером в эстетической гинекологии являются лазерные технологии. Лазерное воздействие используется при генитоуринарном синдроме в менопаузе, пролапсе гениталий, недержании мочи, синдроме «растянутого влагалища», диспареунии, сексуальной дисфункции, гиперпигментации, рубцовой деформации промежности и др. С помощью лазера успешно проводят эстетическую коррекцию больших и малых половых губ.

В арсенале имеются фракционный CO₂-лазер (методики Мона-



XVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя»

Lisa Touch, Дека), твердотельный эрбиевый лазер с пиксельным режимом (методики IntimaLase, IncontiLase). Эрбиевый лазер имеет длину волны 2940 нм, а CO₂-лазер – 10 600 нм. При меньших затратах энергии у эрбиевого лазера развивается меньшая глубина проникновения, поэтому его чаще используют для коррекции недержания мочи и синдрома «растянутого влагалища». Фототермическая реконструкция тка-

ней – главный эффект эрбиевого лазера. В ряде исследований показано, что после термического повреждения фиброзных нитей образуются белки теплового шока и происходит запуск реакций клеточного иммунитета. Развивается асептическое воспаление, что приводит к синтезу фибробластов и активации формирования волокон коллагена и эластина. Реакция клеточного иммунитета продолжается в те-

чение 21 суток, а первые волокна молодого коллагена формируются к 24-м суткам.

В заключение профессор И.А. Аполихина отметила, что эстетическая гинекология как направление медицины получила широкое распространение во всем мире, в том числе России, продолжает активно развиваться, а технологии и методы омоложения интимной области у женщин стали неотъемлемой частью гинекологии.

Достижения пластической хирургии в эстетической гинекологии в XXI в.

Заведующая гинекологическим отделением Центра косметологии и пластической хирургии (Екатеринбург) к.м.н. Елена Владиславовна ПИСКУНОВА подчеркнула ведущую роль гинеколога в решении вопросов эстетической гинекологии. Именно этот врач составляет оптимальный план восстановления функциональных потерь женщины и улучшения ее качества жизни. Тем не менее проблемы эстетической гинекологии требуют междисциплинарного подхода, который подразумевает участие не только гинеколога, но и эндокринолога, дерматолога, косметолога и пластического хирурга.

В центры эстетической гинекологии обращаются женщины разного возраста с анатомическими, травматическими и возрастными изменениями в интимной области. В первую очередь ими движет желание устранить эстетические дефекты, восстановить функциональное состояние слизистой и органов и повысить качество жизни. Многие женщины хотят снизить массу тела, что обуславливает необходимость тесного взаимодействия гинекологов, эндокринологов и пластических хирургов. Вопросы лечения недержания мочи также определяются после консультации смежных специалистов – гинекологов и урологов.

Е.В. Пискунова представила результаты собственного исследования, которое проводилось с целью определения алгоритма и последовательности выполняемых процедур в эстетической гинекологии с целью достижения максимального эстетического результата. В ходе исследования оценивали целесообразность междисциплинарного подхода к проблеме. Пациенток разделили на группы в зависимости от возраста. В первую группу вошли 40 пациенток в возрасте 18–28 лет, во вторую – 30 больных в возрасте 30–37 лет, а в третью – 70 пациенток в возрасте 45 лет и старше. Среди пациенток первой группы был наибольший процент обращаемости по поводу только эстетической коррекции (67%) по сравнению со второй (16%) и третьей (38%) группами. Чаще всего женщины жаловались на стрессовое недержание мочи: 20% в первой группе, 66% во второй, 62% в третьей. В посттравматической коррекции вульвы и влагалища нуждались 16% женщин второй группы. В первой группе у 12,5% молодых женщин были отмечены сочетанные заболевания, такие как врожденные пороки развития (гипоплазия влагалища, неполная перегородка влагалища, связанные с этим репродуктивные потери и т.д.).

В ходе наблюдений был разработан следующий алгоритм подхода к последовательности процедур



К.м.н. Е.В. Пискунова

в эстетической гинекологии. При наличии у пациентки анатомического дефекта прежде всего выполняется хирургическая коррекция (пластика влагалища, перинеопластика, лабиопластика, лифтинг больших половых губ и др.). После хирургического лечения пациентке показаны специальные малоинвазивные и неинвазивные процедуры, направленные на улучшение состояния слизистой вульвы и влагалища, такие как гормональная поддержка и использование лазерных технологий. На завершающем этапе проводятся дополнительные эстетические процедуры – липофилинг собственным жиром или инъекционные методики с объемобразующими средствами.

В заключение Е.В. Пискунова отметила, что эстетическая гинекология является частью комплексной программы антивозрастной терапии, которая активно развивается и ставит перед собой новые перспективные задачи.



Е.А. Горбунова

Генитоуринарный синдром в фокусе внимания эстетической гинекологии

Врач акушер-гинеколог отделения эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова Елена Алексеевна ГОРБУНОВА подробно рассмотрела современные методы диагностики и лечения генитоуринарного синдрома в менопаузе.

Еще на эмбриональном уровне развитие мочевой и репродуктивной систем тесно взаимосвязано. Влагалище, вульва, уретра, мочевой пузырь, структуры тазового дна развиваются из урогенитального синуса. Принимая во внимание единый источник эмбрионального происхождения, а также общий патогенез развития уретровлагалищной атрофии у женщин на фоне дефицита эстрогенов в постменопаузе, эксперты ведущих международных сообществ по менопаузе в 2013 г. предложили использовать в клинической практике новый термин «генитоуринарный синдром в менопаузе» вместо общепринятого термина «вульвовагинальная атрофия». Согласно современным представлениям, генитоуринарный синдром в менопаузе – это симптомокомплекс. Он включает в себя физиологические и анатомические изменения, возникающие на фоне дефицита эстрогенов и других половых стероидов у женщин в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре. Недостаток эстрогенов ведет к атрофическим

процессам в эпителии влагалища и уретры, снижению содержания в нем гликогена, повышению уровня рН. Возрастает риск развития вагинальных и мочевых инфекций, язв или трещин в мочеполовых органах, повышается частота ургентных позывов, учащенного болезненного мочеиспускания.

В уретели выделяют три основных слоя: базальный, контактирующий с базальной мембраной, промежуточный и поверхностный. Структура уретрального эпителия сходна с эпителием влагалища. Е.А. Горбунова обратила внимание на то, что уретелий так же чувствителен к эстрогенам, как и слизистая влагалища. Развитие генитоуринарного синдрома в менопаузе способствует прекращению митотической активности клеток слизистой не только влагалища, но и уретры, происходит исчезновение слоя клеток с гликогеном и элиминация лактобацилл во влагалище и мочевыводящих путях.

Большое значение в диагностике генитоуринарного синдрома в менопаузе имеет тщательно собранный анамнез в дополнение к жалобам пациентки. К распространенным симптомам генитоуринарного синдрома относят сухость, зуд, повышенную чувствительность, дискомфорт во влагалище, а также отсутствие лубрикации, болезненность при половом акте (диспареунию), менее интенсивные оргазмы из-за снижения микроциркуляции и снижения чувствительности (сексуальную дисфункцию). У женщин формируются такие нарушения, как атрофический цистоуретрит, недержание мочи, рецидивирующие инфекции мочевых путей, цисталгия, нокутурия, поллакиурия, ургентность.

В ходе гинекологического осмотра оценивают степень вагинальной атрофии с помощью индекса ваги-

нального здоровья, выраженность и степень опущения тазовых органов. Кроме того, необходимо заполнить дневник мочеиспускания, провести кашлевую пробу и пробу Вальсальвы, перинеометрию, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, урофлоуметрию, комбинированное уродинамическое исследование и исследование сексуальной функции. Объективно оценить состояние слизистой влагалища можно с помощью оценки индекса созревания влагалищного эпителия.

Как уточнила Е.А. Горбунова, коррекция генитоуринарного синдрома в менопаузе обязательно включает комплекс задач:

- восполнение дефицита эстрогенов;
- нормализация уровня рН слизистой;
- восполнение дефицита лактофлоры;
- профилактика пролапса и недержания мочи;
- улучшение кровоснабжения и увлажнения слизистых;
- стимуляция роста мышечной массы;
- стимуляция синтеза коллагена;
- восполнение дефицита микроэлементов и витаминов.

Менопаузальная гормональная терапия генитоуринарного синдрома в менопаузе может проводиться системно и локально. К системной терапии относятся препараты, содержащие эстрадиол и эстриол. Для локальной менопаузальной гормональной терапии в нашей стране зарегистрированы только препараты, содержащие эстриол. Эстриол – эстроген, обладающий избирательной активностью именно в отношении урогенитального тракта. Он стимулирует процессы восстановления и обновления слизистой с минимальным риском негативных последствий. При местном применении эстрогенов быстро наступает созревание



XVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя»

эпителии слизистой влагалища. Через две недели лечения состояние генитального тракта становится близким к пременопаузальному. Максимальный эффект достигается к третьему месяцу терапии. В настоящее время Национальным институтом здоровья и клинического совершенствования Великобритании (National Institute for Health and Clinical Excellence) рекомендовано использовать низкодозированные вагинальные эстрогены женщинам при генитоуринарном синдроме в менопаузе (включая получающих системную менопаузальную гормональную терапию) столь продолжительно, сколько

это будет необходимо для снижения симптомов. Это обусловлено тем, что лечение низкодозированными вагинальными эстрогенами крайне редко сопровождается неблагоприятными эффектами¹.

Особого внимания в терапии генитоуринарного синдрома заслуживают аппаратные методы, в том числе с использованием лазерных технологий. Разработана высокоэффективная неинвазивная методика вагинального омоложения с помощью фракционного фототермолиза.

«Большой опыт по использованию инновационных лазерных технологий в эстети-

ческой гинекологии накоплен в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова», – отметила Е.А. Горбунова. Применение уникальных малоинвазивных фракционных CO₂-лазеров по технологиям MonaLisa Touch и Fem Touch в специальных режимах позволяет эффективно устранить эстетические и функциональные нарушения в интимной зоне у женщин. Обработка слизистой влагалища с помощью этих лазерных методов стимулирует выработку нового коллагена и эластина и способствует быстрому запуску механизмов регенерации и обновления.

Различные маски дисфункции тазового дна у женщин

Дисфункция тазового дна – комплекс нарушений функции связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала. Разнообразная клиническая картина дисфункции тазового дна с вовлечением в патологический процесс кишечника и мочевого пузыря обуславливает необходимость междисциплинарного подхода к ведению пациенток с участием, помимо гинеколога, уролога, проктолога, сексолога, невролога, физиотерапевта и других специалистов.

Врач акушер-гинеколог отделения эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н. Айна Салаудинова САИДОВА охарактеризовала наиболее распространенные нарушения, которые могут наблюдаться при дисфункции тазового дна, начав с пролапса (опущения и выпадения) органов малого таза. Клинические симптомы пролапса органов малого таза крайне разнообразны, включают чувство переполнения, ощущение

инородного тела, тяжести, тянущих болей в нижних отделах живота и таза. По мере развития процесса усугубляются и функциональные нарушения, которые часто не только вызывают физические страдания, но и делают пациенток частично или полностью нетрудоспособными.

Опущение и выпадение органов малого таза в большинстве случаев сочетаются с расстройствами мочеиспускания. Недержание мочи у женщин – одно из самых распространенных заболеваний в структуре дисфункции тазового дна. В клинической практике недержание мочи принято подразделять на три основных типа: ургентное, стрессовое и смешанное. Диагностика дисфункции тазового дна включает такие методы оценки функции мышц тазового дна, как влагалищная и аноректальная манометрия, электромиография, вагинальная динамометрия, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, оценка качества жизни и сексуальной функции. Кроме того, рекомендуется проводить комбинированное



К.м.н. А.С. Саидова

уродинамическое исследование (цистометрию, профилометрию, урофлоуметрию).

Методы лечения дисфункции тазового дна подбирают индивидуально в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания. А.С. Саидова более подробно охарактеризовала методы консервативного лечения. Один из консервативных методов – использование пессариев, например Др. Арабин. Показаниями для их введения являются: стрессовое недержание мочи и пролапс гениталий, когда проведение хирургического вмешательства невозможно или временно нежелательно, а также

¹ Menopause: diagnosis and management. NICE guideline, 2015 // www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-1837330217413.

в послеродовом периоде. Наиболее часто пессарии применяются у пожилых женщин с одним или несколькими сопутствующими заболеваниями, у которых есть противопоказания для операции. Уродинамические изменения, которые наблюдаются при использовании пессария, сопоставимы с теми, что происходят после хирургического лечения. В подтверждение А.С. Саидова привела клинический случай: пациентка 65 лет, пролапс тазовых органов. До введения пессария Др. Арабин максимальная скорость потока составляла 7,4 мл/с, остаточный объем мочи – 241 мл, после установки пессария Др. Арабин максимальная скорость увеличилась до 20,6 мл/с и остаточная моча отсутствовала. Следует отметить, что разнообразные виды пессария Др. Арабин, разработанные для коррекции различных состояний, а также возможность самостоятельного введения делают данный метод лечения незаменимым в урогинекологической практике.

В настоящее время для лечения дисфункции тазового дна успешно применяются лечебные влагалищные тренажеры, например вагинальные конусы. Вагинальные конусы показаны при сниженном тоне мышц тазового дна, недержании мочи. Этот вид лечения рекомендован женщинам для восстановления после родов и при сексуальной дисфункции. Тренировка с вагинальными конусами помогает укрепить мышцы тазового дна и способствует повышению их тонуса.

Женщинам с ургентным недержанием мочи показана тренировка мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи. Метод позволяет восстановить тонус мышц тазового дна, скорректировать замыкательную функцию сфинктеров, восстановить фазу физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря, улучшить кровообращение в органах малого таза. Современ-

ные устройства, например InTone и InToneMV, представляют собой аппаратно-программные комплексы, позволяющие регистрировать и фиксировать тонус мышц тазового дна с помощью вагинальных и ректальных датчиков в виде электромиографии – сигналов в режиме реального времени. Указанные приборы эффективны не только при лечении дисфункции тазового дна, но и для профилактики ослабления тонуса мышц после родов.

Современные портативные тренажеры с биологической обратной связью для индивидуального использования могут успешно применяться в домашних условиях. В настоящее время доступны различные варианты таких приборов – пневматический тренажер мышц тазового дна (цифровой перинеометр), прибор EmbaGYN™ (электростимулятор мышц тазового дна), тренажеры k-Goal и Magic Kegel Master (имеют множество программ и нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера).

Лечение с помощью двухканального нейромышечного стимулятора BioBravo с вагинальным и ректальными зондами проводят

при недержании мочи и кала легкой и средней степени, сексуальных расстройств, а также с целью стимуляции перистальтики кишечника. Кроме того, лечение показано пациенткам, не способным к самостоятельному сокращению мышц промежности и влагалища. С помощью данного аппарата проводится тиббиальная нейромодуляция (электростимуляция) – раздражение тиббиального (большеберцового) нерва слабым электрическим током у пациенток с ургентным недержанием мочи.

Для экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна успешно используют систему «Авантрон». При помощи магнитной стимуляции осуществляется безболезненное сокращение и восстановление мышц тазового дна. Магнитные излучатели посылают импульсы под определенным углом. При этом промежность пациентки располагается на основной оси импульсного магнитного поля. Данная методика апробирована и внедрена в практику в отделении эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. В.И. Кулакова.

Заключение

В рамках заседания также были рассмотрены возможности антивозрастной программы в менопаузе и комплексной стратегии профилактики биологического старения, а также преимущества радиоволновой хирургии при гипертрофии малых половых губ у девочек.

Подводя итог, профессор И.А. Аполихина отметила, что эстетическая гинекология предоставляет широкие возможности для коррекции различных нарушений урогенитального тракта (опущения тазовых органов, генитоуринарного синдрома в менопаузе, недержания мочи и сексуальной дисфункции). И прежде

всего это неинвазивные или малоинвазивные методы: гормональная терапия, аппаратные методы, использование пессариев Др. Арабин, лазерные технологии. При этом принципы эстетической гинекологии предусматривают не только коррекцию проблемы с эстетической точки зрения, но и сохранение или восстановление нормального функционирования организма. Таким образом, сформулировано определение эстетической гинекологии – это методы антивозрастной медицины, направленные на сохранение и продление молодости женского организма и его способности к высокому качеству жизни. ◀

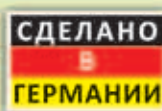
ПЕССАРИИ ДР. АРАБИН (Dr. Arabin) АКУШЕРСКИЕ и УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ



РЕКЛАМА



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
Эксклюзивный дистрибьютор,
Тел./факс: +7(495) 788-77-46,
www.dr-arabin.ru, www.repro21.ru



Все pessaries
изготовлены
из неаллергенного
гибкого силикона

IV Национальный конгресс «ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА»

Санкт-Петербург
15–17 июня 2017 года



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОНГРЕССА

- Место кесарева сечения в современном акушерстве, прогнозирование осложнений и их профилактика
- Дискуссионные вопросы родоразрешения
- Плод как пациент: от диагностики к медицине
- Экстремальные состояния в неонатологии: современные подходы
- Жизнеугрожающие осложнения в акушерстве и гинекологии: диагностика, интенсивная терапия, особенности анестезии
- Профилактика материнской смертности у женщин с экстрагенитальной патологией
- Сахарный диабет у беременных: проблемы остаются
- Стратегия диагностики и терапии инфекций, вызванных стрептококком группы В
- Акушерские кровотечения при нарушениях в системе гемостаза
- Актуальные вопросы тромбопрофилактики в акушерстве
- Новые подходы и эволюция понятий пренатальной диагностики
- Иммунологические исследования в изучении патогенеза, диагностике и терапии различных форм акушерско-гинекологической патологии
- Глобализация ВРТ: акушерские опасности и пути их решения
- Диагностические и лечебные подходы при онкологических заболеваниях при беременности
- ВИЧ-инфекция и беременность: риски для матери и плода
- Психология перинатальных потерь: взаимодействие акушера и психотерапевта
- Правовые аспекты акушерской помощи
- Современная акушерка: потенциал специальности

реклама

Место проведения: НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта
199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия Васильевского острова, д. 3. Тел./факс: (812) 328-23-61.
www.ott.ru, www.akusherkongress.spb.ru



При поддержке
Правительства Москвы

**ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**

Московское
научное общество
анестезиологов
и реаниматологов

**Конгресс-
оператор:**

KST
interforum

ООО «КСТ Интерфорум»,
г. Москва,
ул. Профсоюзная, д. 57
телефон/факс:
+7 (495) 722-64-20,
+7 (495) 518-26-70
электронная почта:
mail@interforum.pro

МОСКВА 18–19 МАЯ 2017 ГОДА

II МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

«Междисциплинарный подход
в анестезиологии и реаниматологии»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

1. Отчет главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения города Москвы по анестезиологии и реаниматологии Д.Н. Проценко
2. Создание службы боли в многопрофильных НПО
3. Роль анестезиолога и реаниматолога:
 - в акушерстве и гинекологии
 - при острых сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваниях
 - при тяжелой черепно-мозговой и сочетанной травме
 - у детей и взрослых
 - у больных пожилого и старческого возраста
4. Предоперационная терапия боли
5. Стандарты и медицинские услуги в анестезиологии, интенсивной терапии и неотложной медицине
6. Вопросы деонтологии и непрерывное медицинское образование

Председатель:

Хрипун Алексей Иванович

*Руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы*

Сопредседатель:

Проценко Денис Николаевич

*Главный внештатный специалист
Департамента здравоохранения города
Москвы по анестезиологии и реаниматологии*

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Конгресс-центр ЦМТ

(г. Москва, Краснопресненская наб., д.12, подъезд №4, метро «Улица 1905 года»).

www.ar-mos.com

Инфекционная эффективность в таблетках¹

при вагините²,
цервиците^{2,3}



 **astellas**

**№1 в назначениях
антибиотиков***

Флемоклав Солютаб®

амокциллин / клавуланат

Вильпрафен®

джозамицин

**Флемоклав Солютаб® – активность
в отношении 100% штаммов устойчивых
к метронидазолу анаэробов⁴**

**Вильпрафен® – активность в отношении
96–100% штаммов атипичных
возбудителей ИППП-5⁷**



* Препараты компании Астеллас занимают первое место по назначениям врачами антибиотиков в крупнейших городах России. Данные предоставлены ООО «Инсос Комкон» по заказу АО «Астеллас Фарма» на основе исследования PrIndexTM «Мониторинг назначений лекарственных препаратов», проведенного в апреле 2016 года; 1. Яковлев С. В., Довгань Е. В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. №6, 2014 г., стр. 4–6; 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Флемоклав Солютаб® (ЛСР-000392/09 – 300315), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=45809&3; 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен® (П № 012028/01-230112), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=38847&4; 4. Puarmpoanits S., et al. In vitro activities of 10 antimicrobial agents against bacterial vaginosis-associated anaerobic isolates from pregnant Japanese and Thai women. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1997, 41: 2297–2299; 5. Krause R. et al. Clin Microbiol Infect. 2010 Nov; 16(11): 1649–55; 6. Saigal K. et al. Indian J Pathol Microbiol. 2016. Apr-Jun; 59(2): 194–6; 7. Hunjak B. et al. Arch Gynecol Obstet. 2014 Feb; 289(2): 407–12.

Краткая информация из инструкции по медицинскому применению препарата Флемоклав Солютаб®. МНН: амоксициллин + клавулановая кислота. **Форма выпуска:** Таблетки диспергируемые 875 мг амоксицилина + 125 мг клавулановой кислоты. **Показания к применению:** комбинация амоксицилина с клавулановой кислотой показана для лечения бактериальных инфекций следующих локализаций, вызванных чувствительными к комбинации амоксицилина с клавулановой кислотой микроорганизмами: инфекции верхних дыхательных путей (включая инфекции ЛОР-органов), например, рецидивирующий тонзиллит, синусит, средний отит, обычно вызываемые *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Streptococcus pyogenes*; инфекции нижних отделов дыхательных путей, например, обострения хронического бронхита, долевая пневмония и бронхопневмония, обычно вызываемые *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*; инфекции мочеполового тракта, например, цистит, уретрит, пиелонефрит, инфекции женских половых органов, обычно вызываемые видами семейства *Enterobacteriaceae* (преимущественно *Escherichia coli*), *Staphylococcus saprophyticus* и видами рода *Enterococcus*, а также гонорея, вызываемая *Neisseria gonorrhoeae*; инфекции кожи и мягких тканей, обычно вызываемые *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и видами рода *Bacteroides*; инфекции костей и суставов, например, остеомиелит, обычно вызываемый *Staphylococcus aureus*, при необходимости возможно проведение длительной терапии; одонтогенные инфекции, например, периодонтит, одонтогенной верхнечелюстной синусит, тяжелые дентальные абсцессы с распространяющимися целлюлозами, другие смешанные инфекции (например, перикардит, септический аборт, послеродовой сепсис, интраабдоминальный сепсис) в рамках ступенчатой терапии. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амоксициллину, клавулановой кислоте, другим компонентам препарата, бета-лактамным антибиотикам (например, пенициллинам, цефалоспорины) в анамнезе; предшествующие эпизоды желтухи или нарушения функции печени при применении комбинации амоксициллина с клавулановой кислотой в анамнезе; детский возраст до 12 лет или масса тела менее 40 кг; нарушение функции почек (клиренс креатинина ≤ 30 мл/мин). С осторожностью: тяжелая печеночная недостаточность, заболевания желудочно-кишечного тракта (в т.ч. колит в анамнезе, связанный с применением пенициллинов), хроническая почечная недостаточность. **Способ применения и дозы:** взрослые и дети 12 лет и старше или с массой тела 40 кг и более – по 1 таблетке 875 мг/125 мг 2 раза в сутки. **Побочные действия:** Все популяции: Часто: кандидоз кожи и слизистых оболочек. Нечасто: головкружение, головная боль, нарушение пищеварения, умеренное повышение активности аспартатаминотрансферазы и/или аланинаминотрансферазы, зуд, крапивница. Редко: обратимая лейкопения (включая нейтропению), обратимая тромбоцитопения. Очень редко: обратимый артериолит и обратимая гемолитическая анемия, удлинение времени кровотечения и протромбинового времени, анемия, эозинофилия, тромбоцитоз, ангионевротический отек, анафилактические реакции, синдром, сходный с сывороточной болезнью, аллергический васкулит, антибиотико-ассоциированный колит (включая псевдомембранозный колит и геморрагический колит), черный «волосистый» язык, гастрит, стоматит, гепатит и холестатическая желтуха. **Взрослые:** Очень часто: диарея. Часто: тошнота, рвота. **Дети:** Часто: диарея, тошнота, рвота.

Краткая информация из инструкции по медицинскому применению Вильпрафен®. МНН: джозамицин. **Показания к применению:** Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами: Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов: тонзиллит, фарингит, паратонзиллит, ларингит, средний отит, синусит, дифтерия (дополнительно к лечению дифтерийным анатоксином), скарлатина (в случае гиперчувствительности к пенициллину); Инфекции нижних дыхательных путей: острый бронхит, обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония, в том числе вызванная атипичными возбудителями, коклюш, поттаткоз; Инфекции в стоматологии: гингивит, пародонтит, периодонтит, альвеолит, альвеолярный абсцесс; Инфекции кожных покровов и мягких тканей: фолликулит, фурункул, фурункул, абсцесс, сибирская язва, рожа, акне, лимфангит, лимфаденит, флегмона, панариций, раневые (в том числе послеоперационные) и ожоговые инфекции; Инфекции мочеполовой системы: уретрит, цервицит, эпидидимит, простатит, вызванные хламидиями и/или микоплазмами, гонорея, сифилис (при гиперчувствительности к пенициллину), венерическая лимфогранулема; Заболевания желудочно-кишечного тракта, ассоциированные с *H. pylori*. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и др. **Противопоказания:** гиперчувствительность к джозамицину и другим компонентам препарата; гиперчувствительность к другим макролидам; тяжелые нарушения функции печени; дети с массой тела менее 10 кг. **Способ применения и дозы:** Рекомендуемая суточная дозировка для взрослых и подростков в возрасте старше 14 лет составляет от 1 до 2 г джозамицина, стандартная доза 500 мг 3 раза в сутки. Суточная доза должна быть разделена на 2–3 приема. В случае необходимости доза может быть увеличена до 3 г в сутки. Обычно продолжительность лечения определяется врачом, составляя от 5 до 21 дня в зависимости от характера и тяжести инфекции. (Информация приведена в сокращении, полное описание раздела представлено в инструкции по медицинскому применению препарата). **Побочное действие:** Часто: дискомфорт в животе, рвота, диарея. Нечасто: дискомфорт в животе, рвота, диарея. Редко: крапивница, отек Квинке, анафилактическая реакция. В редких случаях сообщалось о дозозависимых, преходящих нарушениях слуха. Перечень побочных эффектов представлен в сокращении, прочие очень редкие нежелательные реакции указаны в инструкции по медицинскому применению.

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-56.

Информация для специалистов здравоохранения
с распространением на специализированных мероприятиях

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ