



# АКАДЕМИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

## ДАЙДЖЕСТ

№2, НОЯБРЬ • 2016

### ТЕМЫ НОМЕРА:

1. ВСЕРОССИЙСКИЙ ПРОЕКТ  
«РАК ШЕЙКИ МАТКИ: МЕЖДУ ОНКОНЕБРЕЖНОСТЬЮ  
И ОНКОФОБИЕЙ»
2. РАК ЯИЧНИКОВ.  
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ  
И ЛЕЧЕБНЫЕ ПОДХОДЫ.
3. КУРСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ГИНЕКОЛОГОВ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «УРОМЕДИА»  
МОСКВА, 2016

# Содержание



Вступительное слово .....	5
Не допустить катастрофу Всероссийский проект «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией» .....	6
Есть такая профессия – дарить женщинам счастье! Интервью с директором Центра акушерства, гинекологии и перинатологии ГК «Мать и дитя» (Самара) Тонких Еленой Павловной .....	14
Рак яичников: современный взгляд на этиологию, патогенез, подходы к лечению .....	18
Осознанный выбор .....	36
Аборты: скупые факты, сухие цифры .....	42
Вагиниты, вызванные условно-патогенной микрофлорой: рекомендации для практикующих врачей Вагиниты, вызванные условно-патогенной микрофлорой: рекомендации для практикующих врачей .....	48
Гинекология. Новости .....	58
Акушерство. Новости .....	74

Дорогие коллеги!

В июне 2016 года многие из вас узнали новое печатное издание для акушеров-гинекологов – Дайджест Академии акушерства и гинекологии.

Сейчас в руках вы держите ноябрьский выпуск, в котором мы предлагаем ознакомиться с новостями гинекологии, акушерства, анонсами курсов дистанционного образования для гинекологов. В рубрике «Образование в гинекологии» мы представляем анонсы курсов повышения квалификации, которые можно пройти очно в различных учебно-образовательных и медицинских учреждениях страны, а также анонсы дистанционно проводимых лекций и разборов клинических случаев. Последний способ получения профессиональной информации очень удобен – можно не только слушать учебный материал от ведущих лидеров, но и задать им вопросы, и что немаловажно – получить ответы.

Также в этом номере опубликованы интервью с профессором М.М. Высоцким, профессором О.А. Пустотиной.

Особо хотели обратить внимание на Всероссийский проект по скринингу рака шейки матки «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией».

Мы очень надеемся, что нам удастся заинтересовать читателей и представить полезный и нужный на практике материал.

С уважением,  
Редакция Дайджеста Академии акушерства и гинекологии

# Не допустить катастрофу

## Всероссийский проект «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией»



**Мария Перова,**  
Шеф-редактор Дайджеста  
Академии акушерства и гинекологии,  
член Ассоциации медицинских журналистов

*Российская Ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН) совместно с Ассоциацией медицинских журналистов (АМЖ) является инициатором Всероссийского проекта «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией: Как не допустить рак?», в рамках которого в регионах РФ реализуется онкопроект «Онкопатруль». Целью проведения данного мероприятия является снижение онкологической заболеваемости у женщин за счет повышения уровня знаний и формирования разумной онконастороженности, активного привлечения их к скрининговым программам, повышения осведомленности о возможностях профилактической медицины, переоценки системы современных отношений врач-пациент, снижения гормонофобии.*

**Необходимость в таком проекте определяется рядом ключевых факторов, среди которых:**

– Отсутствие в РФ единых стандартных подходов к диагностике и лечению болезней шейки матки и молочных желез, а также разрозненность знаний врачей

и пациенток по данной проблеме. Между тем, в развитых странах, где женщины осознают необходимость личного контроля за своим здоровьем, программы массового цервикального/маммографического скрининга уже привели к значительному снижению заболеваемости и смертности от этих болезней и, соответственно, сокращению затрат государства на лечение рака;

– Недостаточная осведомленность российских женщин о современных технологиях защиты от рака: для одних характерно небрежное отношение к своему здоровью, для других – чрезмерная онкобоязнь и необоснованная гормонофобия. Женщины и даже многие врачи настороженно относятся к гормональной контрацепции и МГТ, ввиду чего была определена необходимость изучения причин и разъяснения современных взглядов на их безопасное применение;

– Предоставление пациенткам информации о новых возможностях профилактической медицины, о скрининговых тестах, роли питания и физкультуры, о соотношении рисков и пользы от приема гормонов в конечном итоге, будет способствовать расширению знаний о методах защиты от онкозаболеваний, повышению качества жизни и привлечению к обследованию значительных масс женского населения.

Так, 25 октября 2016 г. в Калуге, 31 октября 2016 г. в Новороссийске и 12 ноября в Железноводске под эгидой Российской Ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии состоялись первые мероприятия в рамках Всероссийского проекта «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией. Как не допустить рак?». Вначале были проведены мастер-классы для врачей акушеров-гинекологов и онкологов на тему «Шейка матки, генитальные инфекции, гормоны. Особенности кольпоскопии». Затем психологами, педагогами и врачами были проведены интерактивные лекции по онконастороженности для врачей, после чего – для пациентов.

Презентация Всероссийского проекта «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией - Онкопатруль» состоялась 27–29 октября 2016 г. в Москве на IV Междисциплинарном форуме с международным участием «Шейка матки и вульвовагинальные болезни. Эстетическая гинекология». Президент Форума член-корреспондент РАН, проф. Радзинский Виктор Евсеевич представил проект, подчеркнул его масштабность, огромную важность и вовлеченность многих организаций страны и ведущих специалистов в реализацию проекта. На специальном заседании, посвященном проекту, были представлены доклады по следующим тематикам: «Проект «Онкопатруль»: первые результаты и состояние проблемы. Мнение врача». Докладчики: проф. Роговская Светлана Ивановна, президент РАГИН, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО, главный научный сотрудник Федерального Центра реабилитации и курортологии; д.м.н. Короленкова Любовь Ивановна

- онколог-гинеколог ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», д.м.н. Ледина Антонина Витальевна (Москва) – доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК МР РУДН. С докладом «Взаимоотношения врач-пациент сегодня. Как убедить не допускать рак? Как врачу защитить себя? Советы педагога-психолога» выступила д.пед.н., проф. Машовец Светлана Павловна - профессор кафедры теории и методики профессионального образования Школы педагогики Дальневосточного федерального университета, директор АНО «Дальневосточный институт содействия общественному развитию» (Хабаровск). На тему «Перименопауза — период онкологического риска» выступила проф. Ткаченко Людмила Владимировна, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» (Волгоград); доклад на тему «Гормонофобия: этапы преодоления» представила Ерофеева Любовь Владимировна - президент РАНИР (Москва), на тему «Проблема рака в СМИ: взгляд Ассоциации медицинских журналистов» - Шадеркина Виктория Анатольевна, Перова Мария Петровна (Москва). Оживленная дискуссия с участием ведущих специалистов, представляющих учреждения здравоохранения регионов РФ продемонстрировала важность проекта.

В г. Калуга докладчиками и модераторами мастер-класса стали главный специалист акушер-гинеколог ДЗ Калужской области Лазарева Наталья Ивановна; Роговская С.И.; Короленкова Л.И.; к.м.н., молекулярный биолог, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского отдела раннего канцерогенеза, профилактики, диагностики и комплексного лечения онкологических заболеваний женских репродуктивных органов ФГБУ «РНЦ рентгенорадиологии» Муйжнек Екатерина Леонидовна, Машовец С.И.



**Роговская Светлана Ивановна, д.м.н., Президент РАГИН, профессор кафедры АиГ ГБОУ ДПО РМАПО, кафедры дерматовенерологии, микологии и косметологии ЦГМА УДП РФ, главный научный сотрудник Федерального Центра реабилитации и курортологии.**

На открытии конференции с докладом на тему «Профилактика рака шейки матки с точки зрения организатора здравоохранения» выступила Лазарева Н.И.. Лектор подробно изложила проблему профилактики и диагностики этого онкологического заболевания, международные рекомендации и возможности реализации их в Российской Федерации. Речь шла о необходимости регулярного наблюдения за состоянием женского здоровья на протяжении всей жизни, о важности вакцинации девочек-подростков в возрасте 9-13 лет от вируса папилломы человека (ВПЧ) как ведущего фактора риска в возникновении рака шейки матки, о роли скрининга, кольпоскопии и своевременного начала лечения в случае выявления патологических изменений на шейке матки. Важность регулярного профилактического осмотра, на котором был сделан акцент, связана с фактом того, что в странах, где удалось добиться организованного цервикального и маммографического скрининга у 60-70% населения значительно снизилась заболеваемость. При этом крайне важны как государственная поддержка, так и активная позиция каждой женщины по отношению к собственному здоровью, доверие врачу и положительное отношение к лечению, в том числе к гормональной терапии, которая может и должна проводиться по рекомендации и под наблюдением врача.

Далее Роговская С.И. и Короленкова Л.И. провели интерактивный мастер-класс и представили доклады на тему «Роль ВПЧ в генезе рака шейки матки (РШМ). Патогенез и клиника ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий. Физиологические и патологические состояния шейки матки. Диагностика и лечение CIN, современная тактика ведения. Сложные ситуации в кольпоскопии: беременность, атрофия, воспаление». Также были освещены вопросы диагностики и лечения генитальных инфекций, влияния биоценоза влагалища, гормональной терапии на состояние эпителия шейки матки, изложены взгляды и рекомендации российских и зарубежных ученых, стандарты ведения больных с патологией шейки матки и генитальными инфекциями, представлены современные пути профилактики неоплазии, проведен разбор клинических ситуаций. Молекулярный биолог Муйжнек Е.Л. рассказала о современных представлениях о механизмах развития хронического воспаления и малигнизации. В заключительной части заседания к обсуждению положений и достигнутых результатов были подключены слушатели мастер-класса, выразившие свои предложения и идеи относительно затронутых проблем.

Во второй части мероприятия Машовец С.П., Роговской С.И. и Короленковой Л.И. была прочитана лекция на тему «Женщины и рак: взгляд педагога-психолога и врача на проблему профилактики». В ходе данного выступления лекторы представили результаты авторского проекта «Женщины разного возраста между онкобременностью и онкофобией. Как не допустить рак?», в рамках которого были опрошены 1826 женщин из 20 городов России. Для углубленного анализа были отобраны анкеты 991 респонденток в возрасте 45-65 лет, как когорты женщин, наиболее уязвимой

в отношении развития онкологических заболеваний. При этом опрошенные были разделены на две группы: медицинские работники - 519 (52,4%) женщин, и не занятые в медицинской сфере - 472 (47,6%). Как показали результаты исследования, в регионах РФ подавляющее количество оказалось активно заинтересованными в участии в исследовании, что можно интерпретировать как недостаточность внимания со стороны общества к проблемам женского здоровья. В то же время в крупных городах наблюдалось пониженная активность в ответах на предложенные вопросы.

Авторами исследования был выделен определенный спектр отношений к своему здоровью у женщин, варьирующий от онкофобии до онконебрежности. Как было отмечено исследователями, только «золотая середина», выражающаяся в оправданной настороженности, побуждающей к внимательному контролю за своим здоровьем, ведет к грамотному и чуткому отношению к нему. По результатам исследования, такое отношение к здоровью доминирует среди опрошенных медработников – у 400 (77,1%) респонденток. Между тем, риску фобических и пренебрежительных тенденций в данной когорте подвержено 52(10%) и 67(12,9%) анкетированных женщин. Среди же представителей немедицинской сферы деятельности лишь половина опрошенных 235 (49,8%) проявляет разумную настороженность к своему здоровью, в то время как 113 (23,9%) свойственно фобическое, а 24 (26,3%) - пренебрежительное отношение.

Также был рассмотрен вопрос о важности создания психологического контакта между врачом и пациентом и выстраивания оптимальных взаимоотношений между ними для повышения эффективности лечения. По результатам исследований, в России до 40% пациентов не выполняют указания врачей. Иначе говоря, более чем в трети случаев работа медиков оказывается не достаточно эффективной. Одной из причин такого положения дел ученые называют отсутствие психологического контакта и оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом. Именно из-за этого пациент не придерживается врачебных рекомендаций и назначений, занимается самолечением, или обращается к представителям альтернативной медицины.

Для того, чтобы выстраивать правильным образом отношения с пациентом, были даны характеристики психологических типов людей, выделены индивидуальные особенности человека и предложены наиболее оптимальные модели взаимодействия врача и пациента.

Проблема доверия врачу была рассмотрена и на примере отношения к гормонотерапии. Для этого в ходе исследования респонденткам предлагали выбрать вариант ответа, отражающий их действительное отношение к гормонам: негативное, позитивное или опосредованное рекомендациями лечащего врача. В результате исследования было установлено, что большинство – 408 (78,6%) и 315 (66,7%) ме-

дработников и не являющихся медицинскими специалистами доверяют в вопросе назначения и выбора гормонального препарата врачу, что подтверждает авторитет и высокий уровень доверия специалистам. Впрочем, у представительниц немедицинских профессий в немалой степени наблюдалось и негативное отношение к гормонотерапии в принципе, что говорит об отсутствии достаточных знаний о возможностях влияния гормональных препаратов на здоровье женщины.

В завершение мероприятия лекторы напомнили слушателям, являющимся не только специалистами, но, в первую очередь, представительницами женского пола, о важности регулярного мониторинга своего здоровья и соблюдения режима бодрствования и отдыха, личной ответственности за состояние собственного организма.

Интерактивное живое общение с пациентками, просветительская работа для населения – это важная составляющая проекта Онкопатруль, и после мастер-класса, аудиторией которого были врачи акушеры-гинекологи, состоялась лекция для пациентов на тему «Женщина и рак: как защититься? Профессора пытаются помочь», в ходе которой приглашенные жительницы Калуги и Калужской области смогли ознакомиться с точкой зрения представителей трех специальностей – психологии, гинекологии и онкологии – на единую проблему женского здоровья и задать интересующие вопросы. Ведущие специалиста страны в очередной раз убедительно призвали к повышению осознания ответственности за свое собственное здоровье, к регулярному наблюдению у акушера-гинеколога, к обязательному регулярному прохождению скрининга.

Как было отмечено выше, следующий семинар РАГИН состоялся 31 октября 2016 г. в Новороссийске, собрав в зале 115 докторов со всего региона. Мастер-класс по проблемам патологии шейки матки провели профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ, д.м.н. Мингалева Наталья Вячеславовна; Роговская С.И.; главный специалист гинеколог ДЗ г. Новороссийск Гонзюк Светлана Николаевна; д.б.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный научный сотрудник Научно-исследовательского отдела раннего канцерогенеза, профилактики, диагностики и комплексного лечения онкологических заболеваний женских репродуктивных органов ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Киселев Всеволод Иванович; Машовец С.И.

После мастер-класса состоялась интерактивная лекция для докторов по проблемам рака и гормонобязности среди врачей и женщин, которую представили врачи, педагог-психолог, молекулярный биолог.

Далее состоялась лекция для пациенток, которую посетили 45 женщин. В интерактивной форме профессора рассказали им о том, что может вызывать рак, о современных методах профилактической медицины, о программах раннего выявления заболеваний с помощью маммографии и цитологического исследова-

ния мазков. Также в доступной форме была представлена информация о том, как можно сохранить здоровье, как важно правильно, а значит безопасно принимать гормональные контрацептивы и менопаузальную терапию и делать это по назначению и под наблюдением врача. Слушательницы узнали и о том, какой диеты и физических нагрузок полезно придерживаться в разные периоды жизни, чтобы не допустить рак. В завершение мероприятия в зале развернулась активная дискуссия и женщины получили ответы на все заданные вопросы.

В Железноводске семинар РАГИН проходил при сотрудничестве с клиническим центром медицинской реабилитации пациентов с ВПЧ-инфекцией и кольпоскопии ФГБУ российского научного центра медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, а также кафедрой акушерства и гинекологии Ставропольского медицинского университета (зав кафедрой – проф. Аксененко В.А.). Мастер-классы провели:

Гайдарова Ажа Халидовна – д.м.н., заведующая отделением ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России (г Москва), Аксененко Виктор Алексеевич – д.м.н, профессор, заведующий кафедрой АиГ СГМУ, главный внештатный гинеколог Ставропольского края (г. Ставрополь), психоневролог Перехов Алексей Яковлевич – д.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ПФК и ППС РОСТГМУ, вице-президент Независимой Психиатрической ассоциации России. (Ростов-на-Дону).

В учебном мероприятии приняли участие 190 врачей из регионов Северного Кавказа: Кабардино-Балкарии, Чечни, Ростова, Дагестана, Ставрополя и других. Особый интерес вызвала интерактивная лекция врача-гинеколога Роговской С.И. и врача-психотерапевта Перехова А.Я.

Таким образом, представленный проект уже продемонстрировал свою огромную важность и необходимость. Широкое внедрение образовательного проекта будет способствовать лучшему информированию населения и докторов страны по проблемам онкологических заболеваний репродуктивной системы и снижению заболеваемости раком.

В проект приглашаются все желающие. ■



Etta



## Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

### Экспресс-анализ мочи

- Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях



**Вес: 180 г**

**300 анализов на одном заряде батареи**

**Ресурс: 5000 исследований**

**Гарантия 12 месяцев**

**Беспроводной протокол передачи данных**

**Простота эксплуатации**

**Результат за 1 минуту**

**Бесплатное мобильное приложение**

- Условия применения:  
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

### 11 исследуемых параметров

#### ➤ ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



Производитель ООО «ЭТТА»  
ettagroup.ru

E-mail: [info@ettagroup.ru](mailto:info@ettagroup.ru)

## Есть такая профессия – дарить женщинам счастье!

Интервью с директором Центра акушерства, гинекологии и перинатологии ГК «Мать и дитя» (Самара) Тонких Еленой Павловной



**Мария Перова,**  
Шеф-редактор журнала  
Дайджест Академии акушерства и гинекологии,  
член Ассоциации медицинских журналистов

Добрый день, уважаемая Елена Павловна! Вы являетесь директором Центра акушерства, гинекологии и перинатологии в ГК «Мать и Дитя» в Самаре. Сколько лет работает ваш медицинский центр? Какое количество пациенток и молодых семей получило специализированную помощь от ваших специалистов за эти годы?

– Наш центр «Медицинская компания ИДК» работает на в Самарской области более 24 лет. Первоначально он создавался как инновационный центр ЭКО Карнаух Владимиром Игоревичем. Мы стали третьим центром в России, где в 1992 году появился «ребенок из пробирки». Естественно, женщины после беременности, вследствие чего появился наш Центр акушерства и гинекологии и госпитальный центр, в котором проводятся уникальные органосохра-



**Тонких Елена Павловна,**  
директор Центра акушерства,  
гинекологии и перинатологии  
в ГК «Мать и Дитя»

няющие операции. Также мы имеем свою большую диагностический лабораторию, большой парк современного ультразвукового оборудования, поликлинический центр и педиатрию. С 2013 г. мы входим крупнейшую сеть медицинских клиник в России - Группу Компаний «Мать и дитя» под руководством Марка Аркадьевича Курцера. В общей сложности, в нашем отделении акушерства и гинекологии за последние 10 лет на учете по беременности стояло более 7 000 пациенток.

Какие уникальные преимущества – организационные, научные, клинические, – на Ваш взгляд, выделяют Центр по сравнению с другими женскими центрами в Самаре?

– Большой опыт ведения сложных беременностей, мощная диагностическая база с полным спектром диагностических услуг, наличие узких специалистов и возможность консультирования пациенток опытнейшими акушерами-гинекологами из Москвы позволяет нам называться экспертным центром по ведению беременности в Самарской области. Именно этим мы отличаемся от других самарских центров, специализирующихся в аналогичном профиле. Сейчас мы начинаем строительство большого госпитального центра с роддомом, что позволит нам уже в 2018 году создать полный цикл оказания медицинской помощи беременным.

Какие возможности предоставляют технологии и оборудование, используемые в Центре акушерства, гинекологии и перинатологии в ГК «Мать и Дитя»? Что включает в себя стандартное ведение беременности у пациенток, наблюдающихся в вашем Центре?

– Ведение беременности в нашем центре регламентировано приказом Минздрава РФ, однако наличие мощной диагностической базы и узких специалистов (гематолога, кардиолога, генетика и т.д.) позволяет нам расширять спектр оказываемых услуг и более тщательно подходить к ведению сложных беременных. Наши врачи используют современные и уникальные для Самарской области методы диагностики - в частности, генетические тесты, позволяющие по анализу крови матери выявить такие специфические отклонения, как синдром Дауна, синдром Эдвардса, дефект развития нервной трубки. Также у нас накоплен большой опыт ведения сложных беременных с невынашиванием, сахарным диабетом и гинекологическими заболеваниями.

Проводятся ли специалистами вашего центра научные исследования? Чему они посвящены?

– В настоящее время научные исследования не проводятся, однако в будущем, после открытия нового госпиталя в 2018 году, возможно, мы начнем работать и в этом направлении.



Как проводится отбор врачей на работу в Вашем центре? Есть ли четкие критерии? Каким врачам отдается предпочтение?

– К подбору персонала мы относимся очень тщательно, т. к. в данном случае важны не только опыт, но и активная жизненная позиция, стремление к постоянному самосовершенствованию и наличие хороших коммуникативных навыков. Мы берем на работу и молодых перспективных специалистов, развивая в них необходимые профессиональные качества. Нами создан Корпоративный университет, который постоянно занимается развитием работающих в нашем Центре врачей. Существует многоуровневая система адаптации новых сотрудников, в рамках которой они знакомятся со всеми подразделениями. Кроме того, на нашей базе с 2015 года создана кафедра репродуктивной медицины, клинической эмбриологии и генетики.

С какими уникальными случаями, возможно, особенно сложными ситуациями приходилось сталкиваться вашим специалистам за годы существования центра?

– У нас высокий процент беременных после проведения ЭКО – как правило, это сложные случаи. Также мы успешно наблюдаем пациенток с сахарным диабетом и онкологическими заболеваниями. Могут привести следующую историю.

### **Чудо рождения ребенка**

Историю из своей практики рассказала нам Наталья Геннадьевна Киселева – акушер-гинеколог Экспертного центра ведения беременности клиники «Мать и дитя – ИДК».

*«Ранее утро, жужжание телефона. Пришло сообщение: «Родилась наша сладкая доченька!!! Все прошло хорошо. Спасибо Вам огромное за наше счастье».*

*И только врач знает, что скрывается за этими простыми словами!*

*Рождением доченьки закончилась пятая по счету беременность Ольги. А до этого было 3 потери беременности на маленьком сроке и одни преждевременные роды мертвым плодом.*

*Было много боли, слез, неверия в себя, врачей, медицину. В таком состоянии к нам приходит практически каждая семейная пара, столкнувшаяся с невозможностью выносить и родить здорового малыша.*

*Проблема невынашивания беременности в современном обществе стоит очень остро. При всех возможностях нынешней медицины бывает достаточно трудно докопаться до сути проблемы и понять ту самую причину, которая мешает выносить беременность.*

*Во-первых, причин может быть несколько, во-вторых, причина невынашивания беременности не всегда кроется в организме матери, а может быть связана с проблемой отца, в-третьих, невынашивание беременности бывает даже в тех парах, где не удалось выявить очевидных причин болезни.*

*К невынашиванию приводят не только физические, но и психологические проблемы, хотя чаще всего они вторичны. Генетические сбои, врожденная патология свертывающей системы крови, эндокринные проблемы, несостоятельность шейки матки – вот наиболее частые, но далеко не все причины невынашивания беременности. Перед лечащим врачом стоит сложнейшая задача выявить все причины невынашивания беременности и найти способы их решения.*

*Подготовка и ведение беременности у таких женщин напоминает шахматную партию – надо думать на один-два хода вперед, чтобы победить! Ведь результат наших побед над болезнью – это рождение здорового малыша и счастье в семье, которая, наконец, становится полноценной. От врача и пациентки требуется максимум усилий, взаимопонимания и терпения, чтобы пройти этот нелегкий, но такой необходимый путь. Будьте здоровы!»*

Какие планы на развитие и расширение деятельности Центра акушерства, гинекологии и перинатологии в ГК «Мать и Дитя» стоят перед вами на ближайшие 5 лет?

– На сегодня наш главный проект – это строительство госпиталя с роддомом. Уже в 2018 году женщины из Самарской области и близлежащих регионов смогут наблюдаться по беременности и рожать в комфортабельном и современном роддоме, в котором будет применяться широкий спектр уникальных технологий, используемых в московских роддомах ГК Мать и дитя.

Спасибо за интервью! ■

# Рак яичников: современный взгляд на этиологию, патогенез, подходы к лечению



**Мария Перова,**  
Шеф-редактор Дайджеста  
Академии акушерства и гинекологии,  
член Ассоциации медицинских журналистов

**По данным профессиональной литературы рак яичников является девятым по распространенности видом рака у женщин, исключая непигментные злокачественные опухоли кожи. Рак яичников является пятой по распространенности причиной смерти у женщин. Среди злокачественных новообразований женских половых органов опухоли яичников занимают 3 место, а смертность от рака яичников находится на первом месте.**

**Риск заболеть раком яичников в течение жизни составляет 1:71. Риск смерти от рака яичников в течение жизни составляет 1:95 (данная статистика не учитывает опухоли яичников с низким потенциалом злокачественности). Карциномы яичников составляют 6–8% всех онкологических заболеваний и 20–25% среди злокачественных опухолей женских половых органов, причем рак яичников составляет около 80% всех опухолей придатков.**

**В России на рак яичников приходится около 10% всех опухолей женских половых органов, что составляет 12,9 случаев на 100 000 населения.**



Редакция Дайджеста Академии акушерства и гинекологии обсудила вопросы современного ведения пациенток с этим заболеванием с заведующим курсом эндохирургии в гинекологии МГМСУ доктором медицинских наук, профессором Максимом Марковичем Высоцким.

**Уважаемый Максим Маркович, какова в настоящее время статистика заболеваемости раком яичников в России и в мире?**

Несмотря на внешнюю фатальность, рак яичников занимает 6-7 место по показателям общей онкологической заболеваемости, не будучи в этом лидером ни по частоте, ни по росту. По данным некоторых исследователей, к примеру, в Дании наблюдается постепенное снижение частоты рака яичников. Однако для того, чтобы получить объективные сведения, необходимо проводить исследования по данному показателю как минимум на протяжении 5-10 лет. Между тем, рак яичников продолжает оставаться наиболее серьезным заболеванием ввиду поздней выявляемости на профилактическом осмотре и по причине отсутствия адекватного скрининга. В связи с этим, рак яичников имеет наибольшие показатели смертности в течение первого года с момента выявления заболевания и самые низкие показатели выживаемости в течение этого времени.

**Какие основные факторы риска возникновения опухоли яичников? Какой средний возраст пациенток, и кто находится в основной группе риска?**

Доброкачественная и злокачественная опухоли яичников имеют различные пики заболеваемости. Доброкачественная опухоль возникает, как правило, в возрасте 30-40 лет, а злокачественная – после 50. К широко известным факторам риска, которые обсуждаются, в том числе, и в учебной медицинской литературе, относятся раннее менархе и поздняя менопауза. Они определяют предельно длительный репродуктивный период, который, как правило, редко сопровождается состоянием беременности. Отсутствие беременности, а также отложенная беременность - например, в Швеции средний возраст будущих рожениц приходится на 32-34 года – являются



ведущими проблемами в эпидемиологии рака яичников, в результате чего наиболее высокая частота рака яичников наблюдается в Дании, Норвегии, Швеции и США.

Если брать во внимание палеонтологические данные, то известно, что у наших давних предков беременность наступала не позднее 6 месяцев от первого менархе. Таким образом, в течение всего репродуктивного периода количество овуляций у женщины не превышало 130 овуляций. Между тем, у современной американки среднее количество овуляций – 430. Считается, что каждые 44 минуты умирает женщина от рака яичников, а каждые 15 – от рака молочной железы. Причиной тому являются отказ от грудного вскармливания, и вскармливание новорожденных до 1 года. Между тем, племя Kung Sang, по данным антропологов, вскармливало своих детей вплоть до достижения возраста 3 лет. Грудное вскармливание подразумевало ровно то количество времени, в течение которого ребенок не способен принимать твердую пищу.

В целом, к факторам риска относится большое количество моментов - в том числе, доля жирных кислот в пище. Известно, что Япония - страна с очень низкими показателями заболеваемости раком яичников, однако японки, переехавшие в США, сталкиваются с данным заболеванием значительно чаще. Ведутся дискуссии и о том, что в рационе наших далеких предков доля насыщенных жиров составляла максимум 19%, у современных же людей это процентное соотношение превышает 44-45%. В целом, вся пищевая модель, которая включает в себя, в том числе, употребление растительной клетчатки, по современным подсчетам является одним из лидирующих факторов возникновения рака яичников, молочной железы и толстой кишки. Впрочем, исследований по данному направлению проводится немало, и общая картинка периодически меняется.

Отдельно я бы выделил главный фактор возникновения онкологических заболеваний: наследственность. В отношении рака яичников можно говорить о доказательном факторе BRCA1 и BRCA2, а также некоторых других генов, в связи с которыми осуществляют профилактические операции. Из СМИ общественности известен ряд примеров профилактического удаления органов, однако эта тема продолжает всесторонне обсуждаться. При профилактическом удалении яичников или молочных желез мы подвергаем операции 95% женщин без соответствующего заболевания, поэтому дискуссия о необходимости в этом отнюдь не окончена. Использование лекарственных средств, к примеру, антиэстрогенов и антигормонов в таких случаях было бы разумнее и выгоднее.

Что изменилось за последние 5 лет в динамике выявляемости рака яичников в мире и в России? На каком уровне находится выявляемость заболевания на ранней стадии?

По статистике выявляемость данного вида рака на профилактическом осмотре в малой степени возросла. Если раньше она колебалась в пределах 7-8%, то показатели 2010 и 2012 гг. составляют 10-11%. Однако следует признать, что в целом этот показатель крайне низок, и дело не только в отсутствии медицинского скрининга. Ровно половина воспалений, выявленных в ходе лабораторной диагностики, таковыми не являются. В действительности это и наружный эндометриоз со стойким болевым тазовым синдромом, и, кстати говоря, опухоль яичников, однако глубокого алгоритма скрининга, как это было в советский период, когда за длительное наблюдение любых яичниковых новообразований наказывали, уже нет.

Нередки ситуации, когда наши пациентки с уже имеющимся яичниковым новообразованием, а это может быть не только рак яичника, но и метастаз рака желудка, длительно наблюдаются, получая сомнительную противовоспалительную, антигормональную терапию. Ценой такой ошибки является жизнь. Когда мы говорим, что любое яичниковое новообразование должно быть верифицировано и настаиваем на максимально агрессивной тактике, мы понимаем, что нам будут оппонировать сторонники консервативного подхода, и всегда напоминаем о том, что на чаше весов – онкологический диагноз и человеческая жизнь.

Какова общая тактика ведения пациенток с раком яичников?

Стандартная тактика оперативного лечения пациенток с опухолями яичников состоит в хирургическом лечении. Здесь есть ряд нюансов, которые требуют обсуждения, но в целом, если речь идет о яичниковом новообразовании, то это абсолютное показание к операции. Это бывает крайне сложно объяснить ряду наших коллег и практически невозможно донести до директоров частных клиник, которые до



последнего готовы лечить пациента консервативно. О необходимости хирургического вмешательства мы рассказываем студентам, лишаям категории врачей. Верный же алгоритм очень простой: опухоль яичника – это абсолютное показание к оперативному лечению, и иного варианта нет и быть не может.

Между тем, хотелось бы отметить некоторые нюансы. В течение нескольких последних лет в отечественной и зарубежной специальной литературе обсуждается подход назначения неоадьювантной химиотерапии до операции у пациенток с запущенным раком яичников для улучшения результатов хирургического лечения. Однако следует понимать, что в данном случае

может присутствовать немало подводных камней. В первую очередь, без морфологической верификации диагноза «рак яичников» нет и быть не может. В медико-юридической литературе описаны примеры, когда пациенткам была назначена химиотерапия по поводу асцита, в результате осложнений которой они погибли. Впоследствии на секции была выявлена фиброма или текома яичника – доброкачественная опухоль яичника, которая из-за вызванного асцита была воспринята за рак яичников. Таким образом, если бы изначально была выбрана правильная тактика лечения, а именно: сначала – операция, то лечение пациентки прошло бы без драматически ошибочной химиотерапии.

К сожалению, такие нюансы бывают, и пример врачебной безграмотности – ошибочное употребление термина «кистома яичника» среди 80% гинекологов, за которое еще в наши студенческие годы наказывали и отстраняли от операций. Прошло 30 лет, мы пишем в учебниках о том, что данный термин запрещен и его нет в международной классификации, но ничего не меняется.

**Применимы ли органосохраняющие операции, и рассматривается ли такая возможность в принципе?**

Рассматривается. Органосохраняющее лечение имеет определенные ограничения в связи с гистотипом рака яичников, но в целом говорить о возможности

сохранения репродуктивной функции у женщин с ранней стадией опухоли яичника IA при выполнении операции в специализированном центре и при адекватном стадировании – возможно. Такая тактика лечения применяется, но с учетом того, что процент рецидивов в таком случае колеблется в пределах 14-16%, а это немалые цифры. Однако такой риск можно назвать оправданным.

**Хотелось бы узнать Ваше мнение относительно следующего вопроса: в 1991 г. лапароскопия не применялась при раке яичников в принципе, а в 2011 г. назначалась даже при запущенных стадиях – как это возможно объяснить?**

В первую очередь, изменения связаны с техническим и научным прогрессом, но есть и иные нюансы. На этапе 1991 г. уровень операций с лапароскопическим доступом был не самым высоким, хотя попытки прооперировать, к примеру, опухоли матки весьма успешно осуществлялись.

Дело в том, что опухоли яичников во многом требуют комплексного подхода. Иначе говоря, это не только гинекологическое, но и заболевание органов брюшной полости. Нередки операции, сопровождающиеся резекцией кишечника, печени, диафрагмы. В последнее время обсуждается вопрос о необходимости перитонеэтомии, т.е. удаления тазовой, а в отдельных случаях – всей брюшины. Обсуждаются вопросы гипертермической химиотерапии, когда пациент находится в операционной под эндотрахеальным наркозом, а брюшная полость обрабатывается растворами с высокой температурой. Всё это сопровождается значительной долей общехирургических осложнений, что требует большой хирургической бригады.

Но на раннем этапе развития лапароскопии кроме известных ограничений метода существовало отсутствие большого количества мультицентровых исследований по применению эндоскопического доступа для лечения злокачественных опухолей яичника, а личностных точек зрения и конфликтов сохранялось очень много. Мне приходилось сталкиваться с мнением достаточно известных онкологов, руководителей онкологической службы областей, формулировавших свое отношение следующим образом: «Я лапароскопию не видел, но я против». Знакома мне и диссертационная работа, в которой сравниваются исходы лечения пациентов с опухолями яичников вследствие лапароскопического доступа и неадекватным объемом операции и открытого доступа – с адекватным. Несложно догадаться, что такое исследование будет иметь вполне известные недостатки, однако автор пришел к выводу о том, что лапароскопия должна применяться с осторожностью.

Следующей причиной значительного прогресса лапароскопического доступа стало понимание того, где и что мы можем делать в животе пациентки, с какими ограничениями сталкиваемся, а что таковым препятствием не является. В качестве примера приведу новую классификацию первой стадии рака яичников, согласно

которой хирургический разрыв опухоли относится к одной стадии, а самопроизвольный – к другой, значительно более угрожающей. Стало понятно, что биологический потенциал опухоли имеет намного большее значение, нежели манипуляции с опухолью, осуществляемые руками хирурга. К слову, если обратиться к материалам межведомственного совета и Минздрава РФ 1998 г., который проходил в г. Ижевске, в ходе данного мероприятия на эту тему выступала Адамян Лейла Владимировна, а также была озвучена наша работа с Манухиным Игорем Борисовичем. Соответственно, данное понимание было уже тогда, но не было биологического обоснования. Сейчас уже очевидно, что стадия IC1, IC3 – стадии с разной выживаемостью. Понимание того, что мы можем оперировать рак яичника ранних стадий, позволило нам расширить мануальные навыки и действия в брюшной области пациенток для распространения этих приемов и в отношении рака запущенных стадий. При этом важно осознавать, что ограничения и разумный подход при лечении рака присутствуют всегда, поэтому ни в коей мере нельзя утверждать, что лапароскопия является панацеей, которую мы всегда можем применять.

**На каком этапе развития в настоящее время находятся роботические операции? В каких случаях они применимы?**

Постараюсь быть максимально корректным, но сразу оговорюсь, что мое отношение к увлечению роботизированным доступом является умеренно негативным. Во-первых, роботизированная хирургия пока еще крайне дорога. Во-вторых, подготовка к подобной операции, укладка больного, выполнение всех предоперационных действий занимает очень большое время и требует специальных условий операции. В-третьих, пока что введение основных инструментов в тело пациента осуществляет хирург, а не робот.

Кроме того, нужно понимать, что, хотя следующее ограничение производители робототехники и пытаются преодолеть, пока что, если выполнена установка на какую-то зону операции, работа идет лишь в этой, строго ограниченной, определенной зоне. При выполнении же обычной лапароскопии хирург волен принимать решения по ходу операции. Существует несколько интересных работ, при которых «нижний этаж» оперируется лапароскопическим доступом, верхний – роботом, и поменять эту последовательность нельзя, равно как и наоборот. Получится ли преодолеть это ограничение – пока говорить слишком рано.

Следующий момент заключается в том, что пока что за исключением радикальной хирургии и у больных с морбидным ожирением результаты по применению робота сравнимы. К примеру, абстрагируемся от проблемы рака яичников, если мы выполняем радикальную гистерэктомию по типу операции Вертгейма при раке шейки матки с помощью робота, то это имеет смысл. Если же мы выполняем опера-

цию в связи с доброкачественной опухолью яичника в объеме обычной экстирпации матки с придатками или при раке с экстирпацией сальника, то робот не оправдан.

Таким образом, пока что, на мой взгляд, столь массивная PR-кампания в прессе относительно роботизированной хирургии совершенно не оправдана. Напомню, что на сайтах ведущих американских компаний и центров, где выполняются роботизированные операции, 80% информации о ходе операций – не оригинальные видеозаписи, а фильмы от производителей робототехники. При этом стоимость таких операций там не указана. На мой взгляд, на столь узком рынке, где очень сложно что-либо новое предложить, решили просто «подсадить» на новые гаджеты, на что повелись не только врачи, но и менеджеры от здравоохранения. Всё это приводит к неоправданным тратам бюджетных средств.

**Считаете ли вы эффективной и оправданной циторедуктивную хирургию на поздних стадиях рака яичников? Какие методы могут применяться?**

Считаю абсолютно оправданной и, более того, вся хирургия при раке яичников является по своей сути циторедуктивной. Имеется масса доказательных работ, в которых убедительно показано, что максимальная циторедукция значительно улучшает показатели выживаемости пациентов с раком яичников. Другое дело, что адекватная циторедуктивная хирургия и адекватное морфологическое стадирование рака яичников, для которого согласно новой классификации обязательно изучение лимфатических узлов, требует создания мультидисциплинарной команды. Собственно говоря, это то, что нам удалось реализовать в нашем центре. Ведь к примеру, в некоторых зарубежных центрах 75% резекции кишки выполняют онкогинекологи, которые этому специально обучены. У нас же не всегда онкогинекологическая команда готова работать на смежных органах, что связано не с дефектами обучения, как зачастую думают пациенты, а с особенностями сертификации в России. Каждый из нас сертифицирован на определенную специальность, и для выполнения, к примеру, резекции кишки, за неимением сертификата по общей хирургии оперирующий гинеколог должен приглашать соответствующего специалиста. Это проблема организационного характера, которой, к слову, не было в советский период.

В целом же, циторедуктивная хирургия имеет большую перспективу, и отработка создания центров с мультидисциплинарными командами – насущный вопрос.

**Какие особенности Вы бы выделили в подготовке операционной бригады, реализующей циторедуктивную хирургию?**

В основном, сейчас главная задача состоит в том, что хирургическое лечение рака яичников должно осуществляться в специализированных центрах, где ра-

ботает мощная команда патологов, диагностов и хирургов, а также должна быть серьезная лаборатория. Проблема упирается не только в финансирование - например, в США операция по поводу рака яичников считается нерадикальной, если длится менее 5-6 часов. Мне неоднократно приходилось присутствовать на съездах российских онкологов, где многие наши авторитетные коллеги говорят о том, что так массово оперировать практически невозможно, т.к. пока что это является своего рода «хирургическим спортом». Не все могут пережить операцию, и, если брать радикальную циторедуктивную хирургию в крайнем варианте с резекцией печени, диафрагмы - 30-40% пациентов в ближайшем времени поступают повторно в стационар. В данном случае мы уже упираемся в вопрос организации работы такого стационара.

Даже сейчас в некоторых наших крупных онкологических учреждениях очередь ожидающих операцию растянута на 6 месяцев. В советское время эта проблема решалась таким образом, что все гинекологи, а особенно это касалось кафедральных центров, могли оперировать в стандартных объемах при выполнении всех онкологических требований. Это позволяло продлить жизнь пациентам, не оставляя их в режиме ожидания без какого-либо лечения в принципе. Если мы будем отправлять всех пациентов исключительно в специализированные центры, то очередь может превратиться из 6 месяцев в 6 лет.

Разумеется, в настоящее время научных данных о том, что вследствие применения сверхрадикальной циторедуктивной хирургии резко улучшились данные по выживаемости пациентов – нет. Я бы хотел привести следующий пример: в свое время появление таргетной терапии сопровождалось крайне высокими ожиданиями об улучшении результатов химиотерапевтического лечения рака яичников, но на практике были получены данные об возрастании на 14-16% в зависимости от исследователя, центра, склонностей к тем или иным результатам. Между тем, стоимость препаратов заставляет обсуждать релевантность применения их в тех или иных схемах лечения. Хотя стоит признать, что таргетная терапия безусловно является прорывом.

**Будучи профессором МГМСУ, как бы Вы оценили уровень подготовки специалистов по владению современными методами лечения рака яичников?**

С сожалением вынужден заметить, что, с моей точки зрения, уровень студентов медицинских вузов весьма удручающий. Крайне низок уровень общей эрудиции и общей культуры, и с чем именно это связано - сказать сложно. С 2010 г. я преподаю на курсантской кафедре и могу сказать, что преподавать стало тяжело по следующей причине: опираться на некий базовый уровень медицинских знаний стало просто невозможно. Статистика работающих по специальности студентов, с

кем можно в дальнейшем вести научную работу, научно-хирургическую деятельность исчисляется единицами. Например, сейчас поставить перед студентом задачу отыскать пациентов с опухолью яичников на амбулаторном приеме просто невозможно: они к этому не готовы. Советская модель здравоохранения, в которой мне довелось работать, подразумевала, что человек, работающий с пациентами, в течение длительного времени учится взаимодействовать с ними во время субординатуры, ординатуры. К сожалению, сейчас этого нет.

**Могут ли специалисты пройти курсы повышения квалификации на базе кафедры эндоскопической хирургии ФПДО МГМСУ?**

Безусловно могут, вся кафедра занимается обучением эндоскопической хирургии, эндоскопии, различным малоинвазивным технологиям и передовым методикам по различным специальностям. У нас проходят обучение хирурги, эндоскописты, отоларингологи, ортопеды-травматологи, гинекологи и урологи.

**Что, на Ваш взгляд, имеет первостепенную важность для повышения уровня подготовки молодых врачей, планирующих специализироваться на лечении онкогинекологических заболеваний?**

Я бы хотел сделать акцент на соответствии всей системы требованиям современного эффективного лечения. К примеру, если брать во внимание проблему сертификации врача по той или иной специальности, с моей точки зрения, система аккредитации навыка должна оставаться «советской» с поправкой на современные знания. Под этим подразумевается и увеличение сроков подготовки врача, и подготовка по базовой специальности в любой ситуации. Сложно сказать, к чему мы придем, будет ли подготовка общехирургическая или, как было раньше, в чистом виде гинекологическая. В юности мне попалась статья о низкой оперативной активности врачей в Армении. На тот момент меня привлек яркий заголовок, а сейчас я могу сказать, что эта проблема – поистине глобального масштаба. Мы готовим гинекологов, готовых бесконечно заниматься лечением псевдовоспалений, искать эндокринные проблемы, однако как хирурги молодые отечественные врачи абсолютно не подготовлены. Если говорить о должной подготовке в целом, то это, в первую очередь, общехирургическая подготовка, и уже затем на этот общехирургический базис следует накладывать всё остальное. Именно в этом зарубежные молодые специалисты превосходят наших, т.к. в первую очередь являются общими хирургами.

Большое спасибо за интервью! ■

Московский Государственный медико-стоматологический университет, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО приглашает врачей акушеров-гинекологов на цикл общего усовершенствования «Эндоскопическая хирургия в гинекологии» 144 часа (4 недели).  
 Научный руководитель цикла – д.м.н., проф. Высоцкий М.М.

В программе цикла лекционный курс по безопасному использованию лапароскопического доступа для проведения всего спектра оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин, современные тренажеры, видеоматериалы на DVD. Обучение для граждан РФ, работающих в государственных учреждениях, бесплатное. **ЗАКЛЮЧАЕМ ДОГОВОРЫ С ЛЕЧЕБНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ РЕГИОНОВ РФ.**



По окончании цикла выдается удостоверение о повышении квалификации государственного образца. Занятия проводятся на базе клинической больницы Центросоюза (г. Москва, ул. Лосиноостровская, д. 39) и Центрального госпиталя Федеральной таможенной службы России (г. Москва, Открытое шоссе, д.32).

Сроки обучения необходимо согласовывать предварительно.

**Контактная информация:**

- Научный руководитель цикла, профессор кафедры эндоскопической хирургии ФДПО МГМСУ, д.м.н. М.М. Высоцкий; тел. 8-985-776-29-63;
- Зав. учебной частью: профессор кафедры эндоскопической хирургии ФДПО МГМСУ, д.м.н. Е.О. Сазонова; тел. 8-903-611-71-89, e-mail: sazonova.msk@mail.ru

**Курс дистанционного образования**

**«Практическая урогинекология. Разбор клинических случаев»**

Начало курса  
1.12.16

**Организатор: Академия акушерства и гинекологии**  
**Спикеры, представляющие клинические случаи:**



**Инна Анатольевна Аполихина**

доктор медицинских наук, профессор, врач акушер-гинеколог высшей категории, физиотерапевт, руководитель отделения Эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Института профессионального образования ПМГМУ им. И.М. Сеченова



**Вера Ефимовна Балан**

Руководитель поликлинического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории по специальности «акушерство и гинекология»



**Лариса Анатольевна Ковалева**

К.м.н., ассистент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО Первого московского медицинского университета им. И.М. Сеченова, научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова



**Ирина Владиславовна Краснополянская**

Врач-гинеколог, заведующая гинекологическим отделением стационара Мединцентра, ГлавУпд при МИД России, к.м.н., член международного общества урогинекологов (IUGA)



**Ольга Юрьевна Малинина**

К.м.н, урогинеколог, сотрудник отделения гинекологии и репродуктивной хирургии ГК №29 (Москва)

**Регистрация на курс обязательна: <http://g-academy.ru/>**  
**Курс бесплатный. По организационным вопросам обращаться к Шадеркиной Виктории Анатольевне**  
**email: viktoriashade@uroweb.ru, телефон: +7 (926) 017-52-14.**

## Учебный центр врачебной практики «Praxi Medica»



Глубокоуважаемые коллеги!

В ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России открыт Учебный центр врачебной практики «Praxi Medica», цель которого – подготовка и обучение врачей хирургических специальностей современной высокотехнологичной хирургии. Главное преимущество Учебного центра – живая хирургия на экспериментальных животных (мини-пиги) в составе полноценной операционной бригады. Обучение проводится по ключевым направлениям, активно развивающимся в Российской Федерации, и дает возможность получить устойчивые практические навыки.

Целевая аудитория – врачи хирургических специальностей: хирурги, урологи, гинекологи, колопроктологи, травматологи, ортопеды, реаниматологи, анестезиологи, сердечно-сосудистые хирурги.



### Учебный центр оснащен:

- лекционным залом на 50 мест с возможностью on-line трансляции из операционных университетских клиник в режиме «живая хирургия» с модерацией опытными специалистами;
- 2 тренажерными залами (DryLab) с современным симуляционным оборудованием, где врачи осваивают инструментарий и оборудование, отрабатывают мануальные навыки на тренажерах, симуляторах и «био-блоках».
- 2 учебными операционными с 4 эндовидеохирургическими стойками для выполнения лапаро-, торако- и других эндовидеохирургических операций на «мини-пигах» под наркозом и кадаверном материале в составе полноценной операционной бригады.

### Дополнительные профессиональные программы

(форма обучения – очная)

Циклы по лапароскопии - хирурги, урологи, гинекологи, колопроктологи.

#### Цикл №1

#### «Интенсивный курс лапароскопии (Dry Lab)»

24 часа (3 дня)

24 часа отработки практических навыков на тренажерах и симуляторах.

Количество курсантов – 8 чел.

Стоимость для одного курсанта – 15 000 руб., для иностранных граждан – 18 000 руб.

#### Цикл №2

#### «Интенсивный курс лапароскопии (Wet Lab)»

24 часа (3 дня)

2 операции на животном (мини-пиг) под наркозом (7 часов). 17 часов отработки практических навыков на тренажерах и симуляторах.

Количество курсантов – от 4 до 16 чел.

Стоимость – 40 000 руб., для иностранных граждан – 48 000 руб.

#### Цикл №3

#### «Углубленный курс лапароскопии (Dry Lab)»

40 часов (5 дней)

40 часов отработки практических навыков на тренажерах и симуляторах. Количество курсантов – 8 чел.

Стоимость для одного курсанта – 25 000 руб., для иностранных граждан – 30 000 руб.

#### Цикл №4

#### «Углубленный курс лапароскопии (Wet Lab)»

40 часов (5 дней)

3 операции на животном (мини-пиг) под наркозом (10,5 часов), 29,5 часов отработки практических навыков на тренажерах и симуляторах.

Количество курсантов – от 4 до 16 чел.

Стоимость для одного курсанта – 60 000 руб., для иностранных граждан – 72 000 руб.

По окончании курсов выдается документ государственного установленного образца.

### Контакты:

Директор УЦВП «Praxi Medica» Харчилава Реваз Ревазович,

E-mail: praximedica@mail.ru, тел.: +7 (499) 248-42-56

119991, Москва, Большая Пироговская, дом 2, стр. 7, тел. 8 (499) 248-42-56

Расписание и программы циклов можно узнать на сайте: [www.praximedica.ru](http://www.praximedica.ru)



АКАДЕМИЯ  
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ



## «Гиперактивный мочево пузырь в практике гинеколога: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ?»

КУРС ДИСТАНЦИОННОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
ДЛЯ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

НАЧАЛО  
15.05.2016

### Организатор:

Академия акушерства и гинекологии

### Автор курса:

Инна Анатольевна Аполихина – заведующая гинекологическим отделением восстановительного лечения и стационара дневного пребывания ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрава России, врач высшей категории, доктор медицинских наук, профессор.

Областью интересов являются вопросы урогинекологии, папилломавирусная инфекция гениталий, спектрально-флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия. Является автором 265 научных трудов, 18 учебно-методических работ, 12 патентов и медицинских технологий, в т. ч. монографии «Гиперактивный мочево

пузырь и императивное недержание мочи у женщин», «Гиперактивный мочево пузырь у женщин», «Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин», «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», «Основы кольпоскопии» и других. Является членом Российской ассоциации акушеров-гинекологов, Российской ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии, гинекологов-эндокринологов, Международной урогинекологической ассоциации.

**Техническая поддержка:** ООО «Медицинские вебтехнологии»

### План лекций:

- 1) Недержание мочи в практике гинеколога
- 2) Ургентность и гиперактивный мочево пузырь
- 3) Разбор клинических случаев на стыке гинекологии и урологии. Дифференциальная диагностика.
- 4) Ответы на вопросы слушателей.

Отдохни, ургентность не торопит!



 **Везикар**  
солифенацин



- Самый назначаемый препарат для лечения ГМП<sup>1</sup>
- Устраняет все симптомы ГМП при оптимальной переносимости<sup>2</sup>
- Обеспечивает лучшую приверженность к терапии<sup>3</sup>

1. Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых ООО «Синвейт Комкон», и действительна по состоянию на ноябрь 2015 года.  
2. Chappie C. R. et al. Int J Clin Pract 2006; 60: 959–966; 3. Wagg A. et al. Bi Uln 2012; 110: 1767–4.

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-56. Факс +7 (495) 737-07-50.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ



ПС-000687 от 05.07.2010  
RUS/05-2016/1/VEZIKASHIT/98

Информация для специалистов здравоохранения

РЕГИСТРАЦИЯ НА КУРС ОБЯЗАТЕЛЬНА [HTTP://G-ACADEMY.RU/](http://G-ACADEMY.RU/).  
ОБУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЕ. ВЫДАЕТСЯ СЕРТИФИКАТ ОТ ОРГАНИЗАТОРА.  
ПО ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ВОПРОСАМ ОБРАЩАТЬСЯ К  
ШАДЕРКИНОЙ ВИКТОРИИ АНАТОЛЬВНЕ +7 (926) 017-52-14, VIKTORIASHADE@UROWEB.RU



Пришло время подумать  
о чем-то еще

Первый агонист  
 $\beta_3$ -адренорецепторов  
для лечения ГМП<sup>1-4</sup>



**Бетмига**  
мирабегрон

### Новый подход к лечению ГМП<sup>1-4</sup>

- Принципиально новый механизм действия – стимуляция  $\beta_3$ -адренорецепторов<sup>1</sup>
- Высокоэффективен для облегчения симптомов ГМП<sup>1-3</sup>
- Отличная переносимость<sup>1-4</sup>

### Хорошо подходит для:

- Первичных пациентов<sup>1</sup>
- Пациентов, прекративших лечение М-холиноблокаторами<sup>1, 2, 4</sup>



1. Инструкция по применению лекарственного препарата Бетмига для медицинского применения (ЛП-002851-060215).  
2. Khullar V., Amarengo G., Angulo J. C. et al. Eur Urol 2013; 63 (2): 283–95.  
3. Chapple C. R. et al. European Urology 63 (2): 296–305 (2013).  
4. Khullar et al. BMC Urology 2013, 13:45.

Информация для специалистов здравоохранения

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



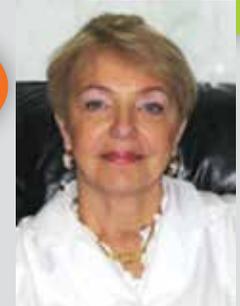
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

## АКАДЕМИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ



### «Расстройства мочеиспускания в практике гинеколога: СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ И ПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ»

НАЧАЛО  
1.09.2016



КУРС ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ДЛЯ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

#### Организатор:

Академия акушерства и гинекологии  
**Автор курса:** Вера Ефимовна Балан  
Руководитель поликлинического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории по специальности «акушерство и гинекология».  
В.Е. Балан создала направление по изучению многих аспектов урогенитальных нарушений в климактерии у женщин в России, а также, создала и возглавила группу по диагностике, лечению и реабилитации урогенитальных нарушений у женщин. Предложила и внедрила в практику работы Центра эффективную систему консервативного лечения различных видов недержания мочи и организовала школу поведенческой терапии для женщин. В настоящее время является признанным специалистом в области гинекологической эндокринологии и урогинекологии. В.Е. Балан является автором 213 научных работ, в том числе автором главы «Урогенитальные расстройства в климактерии» в книге «Медицина климактерия», соавтором монографии «Особенности расстройств мочеиспускания у женщин в климактерии» и 8 изобретений. Под ее руководством выполнено и защищено 7 кандидатских диссертаций, посвященных урогенитальным нарушениям у женщин в различные возрастные периоды. Балан В.Е. – высококвалифицированный врач, ведет консультативный прием в поликлиническом отделении МОНИИАГ. Является одним из ведущих специалистов в области гинекологической эндокринологии в России. Неоднократный участник конгрессов «Мать и дитя», многочисленных конгрессов и конференций на территории Российской Федерации и ближнего и дальнего зарубежья. Является вице-президентом Российской ассоциации по «Менопаузе», заместителем главного редактора журнала «Климактерий и постменопауза».

**Техническая поддержка:** ООО «Медицинские вебтехнологии»

#### План лекций:

- 1) Расстройство мочеиспускания у женщин репродуктивного возраста: беременность как фактор риска.
- 2) ГенитоурINARYНЫЙ синдром менопаузы: современные рекомендации. Разбор клинического случая.
- 3) Недержание мочи: выбор тактики ведения на амбулаторном этапе. Разбор клинического случая.

РЕГИСТРАЦИЯ НА КУРС ОБЯЗАТЕЛЬНА [HTTP://G-ACADEMY.RU/](http://g-academy.ru/).  
ОБУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЕ. ВЫДАЕТСЯ СЕРТИФИКАТ ОТ ОРГАНИЗАТОРА.

ПО ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ВОПРОСАМ ОБРАЩАТЬСЯ К  
ШАДЕРКИНОЙ ВИКТОРИИ АНАТОЛЬВНЕ +7 (926) 017-52-14, VIKTORIASHADE@UROWEB.RU

## Осознанный выбор



**В.А. Шадеркина,**  
председатель Ассоциации  
медицинских журналистов

*Начиная с 2007 года, по всей планете 26 сентября отмечается Всемирный день контрацепции. Сегодня добровольное и осознанное использование женщиной контрацептивных средств признано одним из ключевых моментов обеспечения её репродуктивных прав. Согласно пятой редакции рекомендаций ВОЗ по контрацепции, выпущенной в 2015 году, любая женщина имеет право на доказательно подтверждённую, доступную информацию о существующих методах предохранения от нежелательной беременности, способную обеспечить возможность осознанного выбора.*

### Сложный путь медикаментозной женской контрацепции

Первые шаги на пути становления контрацепции в современном её виде были предприняты в начале 20-х годов XX века, когда австрийский профессор Людвиг Хаберландт продемонстрировал на экспериментальных животных возможность временного противозачаточного действия пересадки яичников от беременной самки к сексуально активной. В своей статье 1931 года «Гормональная стерилизация женского организма» он же предсказал будущий ход развития методов предохранения. Однако смелые предложения доктора встретили яростное сопротив-

ление со стороны общественности, что привело его самого к самоубийству, а его работу — ко временному забвению. Дополнительно осложнило ход исследований скорое наступление Второй мировой войны.

Следующий важный момент на пути развития гормональной контрацепции — открытие американцем Расселом Маркером способа синтезировать прогестерон в 1942 году. Источник стероидных гормонов он нашёл в клубнях ямса. Ранее производство любых контрацептивов на основе прогестерона было затруднено трудностью получения сырья из жёлёз животных, теперь же Рассел с партнёрами смогли основать фармацевтическую компанию.

Наиболее стремительно направление развивалось в 1950-х годах. В 1951 г. Луисом Мирамонтесом синтезировано вещество норэтиндрон, проходившее активные клинические испытания на протяжении последующих нескольких лет. В 1957 году препарат на его основе выпущен на рынок США под видом средства для нормализации менструального цикла, чтобы избежать возмущения консервативно настроенных общественных кругов. Инструкция, однако, содержала предупреждение о контрацептивном эффекте лекарства.

### Альтернативные медикаментозным средства женской контрацепции

Параллельно возникали и другие новые методы предохранения. Одним из них является установка так называемой «внутриматочной спирали» (ВМС), впервые предложенная немецким врачом Эрнстом Грэфенбергом в 1926 году. Его модель ВМС представляла собой кольцо из сплава латуни и бронзы с добавлением меди. В 1960 году специалист из США Джек Липпс усовершенствовал конструкцию путём добавления эластичного материала, что позволило значительно снизить уровень травматизма в процессе имплантации. Сегодня чаще всего используются приспособления с медью и серебром, обладающие функциональным сроком до 10 лет, как и раньше, их установка препятствует прикреплению оплодотворённой яйцеклетки к слизистым оболочкам матки. Преимуществами метода являются весьма высокий уровень контрацептивной эффективности (свыше 90%) и возможность планирования беременности в короткие сроки после удаления спирали. Вместе с тем, у многих пациенток в первые месяцы после установки ВМС наблюдается значительное усиление болезненности менструаций. Кроме того, согласно ряду исследований, продолжительное использование спирали способствует истощению маточного эндометрия, что, в свою очередь, может осложнить последующие попытки зачатия и ход беременности. Также, по данным ВОЗ, при использовании внутриматочных



приспособлений может несколько возрастать вероятность осложнений (воспаления органов малого таза) у женщин из группы высокого риска ИППП.

В отличие от внутриматочных спиралей, установка и удаление которых производятся только специалистом-гинекологом, вагинальные кольца женщина может вводить и извлекать сама. Они могут содержать левоноргестрел, норэтиндрон или прогестерон и вводятся на срок до 1–6 месяцев. Будучи установленными, ингибируют овуляцию и способствуют сгущению цервикальной слизи. В первую неделю после установки кольца рекомендуется дополнительное использование презерватива. Среди побочных эффектов отмечаются нарушения менструального цикла, случаи вагинита и усиление слизистых выделений из влагалища.

Вагинальные кольца являются только одним представителем обширной группы комбинированных гормональных контрацептивов (КГК), общий принцип действия которых заключается в подавлении овуляции, сгущении цервикальной слизи, а также изменении структуры эндометрия, что препятствует закреплению оплодотворённой яйцеклетки за счёт сочетания в составе эстрогенов и прогестинов. К этому же ряду средств относится огромное количество оральных контрацептивов, а также разнообразные пластыри и т.д.

## Рекомендации ВОЗ: на любые случаи жизни

Согласно действующим рекомендациям ВОЗ, комбинированные гормональные контрацептивы могут назначаться женщинам с момента менархе до 40 лет без ограничений и по достижении 40 лет в большинстве случаев. В 2014 году группа экспертов ВОЗ сконцентрировалась на вопросе взаимосвязи приёма КГК с увеличением риска переломов у женщин. Рассматривалась ассоциация между снижением минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и приёмом контрацептивов у взрослых. Важно, что показатель МПКТ может быть невалиден для прогнозирования риска переломов у женщин в постменопаузе. Предпринятый метаанализ не дал однозначных выводов: несмотря на то, что ряд свежих исследований не выявил связи между приёмом КГК и учащением переломов, гормональный способ предохранения может вызывать у взрослых снижение МПКТ, особенно при назначении низкодозированных формул (<30 мкг этинилэстрадиола).

У женщин в течение 21 дня после родоразрешения вероятность повторного зачатия крайне мала, поэтому приём КГК в этот период в целом не рекомендуется. В дальнейшем их назначения следует избегать в тех случаях, когда присутствуют дополнительные факторы риска венозной тромбоэмболии (переливание крови при родах, срочное кесарево, послеродовое кровотечение, преэклампсия, а также не связанные с родами факторы, такие как ИМТ>30 и курение).

При грудном вскармливании приём КГК в любой форме строго не рекомендован в сроке до 6 недель после родоразрешения и в большинстве случаев не рекомендуется в течение 6 месяцев после родов. По истечении 6-ти месяцев приём можно начать под должным медицинским наблюдением. В настоящее время клинические исследования демонстрируют противоречивые результаты относительно влияния приёма КГК на продолжительность кормления. Тем не менее, можно утверждать, что не наблюдалось каких-либо отклонений в здоровье у младенцев в связи с получением внешней дозы эстрогена при грудном вскармливании на фоне приёма КГК в установленные рекомендациями сроки. Исследования, однако, не обладали достаточным сроком наблюдения, чтобы уверенно говорить о долговременных побочных эффектах.

Достаточно давно вызывает споры вопрос о степени риска приёма гормональных контрацептивов у женщин с поверхностными заболеваниями вен (варикозной болезнью). Рекомендации ВОЗ утверждают, что, согласно данным проведённого метаанализа, вероятность венозной тромбоэмболии у таких женщин действительно может возрастать, однако предоставленные данные нельзя считать статистически значимыми, а упоминания о случаях тромбоэмболии на фоне приёма оральных контрацептивов редки.

Также в последние несколько лет активно применяются имплантируемые противозачаточные средства с медленным высвобождением прогестерона. Контрацептив подкожного введения имеет форму небольшого стержня и вводится при помощи иглы-аппликатора. Согласно заверениям производителей, средство способно сохранять свою активность в течение трёх лет и демонстрирует высокий уровень контрацептивной эффективности (более 99%). Однако контролирующие органы в сфере здравоохранения (в частности, Британское агентство по регулированию в сфере лекарственных препаратов) обладают сведениями о случаях, когда установленный имплантант не обнаруживался у пациенток даже при помощи ультразвукового сканирования, что мешало его извлечению по истечении срока действия.

Методом доставки высоких доз прогестерона (медроксипрогестерон ацетат) являются инъекции, производимые в толщу мышечной ткани — как правило, раз в 12 недель. При нарушении режима на несколько дней перед тем, как произвести очередную инъекцию, следует убедиться в отсутствии беременности. В числе часто озвучиваемых побочных эффектов — нарушения менструального цикла. До 30% процентов пациенток, получающих прогестероновые инъекции, испытывают отсутствие менструаций либо нерегулярные кровянистые выделения из влагалища длительностью более 10 дней — однако у многих женщин через некоторое время они прекращаются сами. Рекомендации ВОЗ разрешают назначение инъекций пациенткам в любом возрасте, включая страдающих от эндометриоза, ВИЧ и ожирения. Вместе с тем, ряд исследований на животных показали вероятность влияния прогестерона на развитие мозга у новорождённых. Пока остается неясным, может ли наблюдаться подобный эффект у людей, однако при грудном вскармливании рекомендуется избегать инъекций прогестерона, поскольку предполагаемый риск перевешивает ожидаемую выгоду от применения. При других формах приёма воздействие на ребёнка во время ГВ менее выражено.

## Экстренная контрацепция

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос экстренной контрацепции (ЭК) — посткоитальных методов предотвращения беременности. Рекомендации ВОЗ 2015 года рассматривают, в числе прочих, новый способ ЭК: применение средств на основе улипристала ацетата. В отличие от более распространённых в практике препаратов левоноргестрела, они могут приниматься в течение не 72, а 120 часов после незащищенного (или недостаточно защищённого) полового акта. Исследования, оказавшиеся в распоряжении ВОЗ, не демонстрируют значительных различий в контрацептивной эффективности у препаратов на основе улипристала ацетата,

левоноргестрела и комбинированных оральных контрацептивов, однако кормящим матерям рекомендации советуют отдавать предпочтение первому из перечисленных методов при необходимости экстренной контрацепции. Отмечается также, что женщины, страдающие ожирением, испытывают больший риск наступления нежелательной беременности при использовании различных методов ЭК.

Важно, чтобы пациентка понимала, что гормональные контрацептивы не являются защитой от инфекций, передающихся половым путём, включая ВИЧ/СПИД. При правильном и постоянном применении наиболее эффективным методом их профилактики является барьерный метод контрацепции. Женские презервативы демонстрируют не меньшую эффективность и безопасность, чем мужские, однако проблемой остаётся недостаточно широкий уровень их распространённости. В беседе с пациенткой врачу, однако, стоит убедиться, что та осведомлена о правильном способе использования презерватива и при необходимости предоставить разъяснения.

В ряде случаев может быть оправдано использование средств местного действия — спермицидов на основе ноноксинола и бензалкония хлорида. Они обладают умеренным противогрибковым, противовирусным и антипаразитарным действием, однако следует помнить, что и в этом отношении, и в плане контрацептивной эффективности такие препараты значительно уступают презервативам.

**При всём разнообразии современных средств предохранения, в процессе общения с пациенткой важно помнить, что решения о методах контрацепции женщины применяют в зависимости от обстоятельств конкретного момента, а также социокультурного контекста. Эти решения сложны, многосоставны и могут меняться с течением времени. Выбор в пользу конкретного метода требует рассмотрения наличествующих вариантов, сопоставления их плюсов и минусов в зависимости от индивидуальных обстоятельств, восприимчивости и прочих сопутствующих факторов. ■**



# Аборты: скупые факты, сухие цифры



**В.А. Шадркина,**  
председатель Ассоциации  
медицинских журналистов

*За последние два месяца только ленивый не написал свое или чужое мнение насчет абортов, их разрешения или запрета, влияния на репродуктивное здоровье и других, связанных с этой темой аспектов. Мы решили не оставаться в стороне, и, несмотря на обилие тематической информации, кратко рассказать читателям об истории проблемы, ее современном положении, привести статистические и эпидемиологические данные.*

## Мировые масштабы проблемы

По данным ВОЗ на июль 2015 г. ежегодно практически во всех развивающихся странах совершается около 22 миллионов небезопасных абортов. В 2008 году 47 000 смертельных случаев были связаны с небезопасными абортами, самая большая доля этих случаев происходит в Африке, на которую приходится почти 2/3 смертельных случаев, связанных с абортами. В результате небезопасных абортов и их осложнений ежегодно госпитализируются около 5 миллионов женщин. Более 3 миллионов женщин, у которых возникают осложнения в связи с небезопасным абортом, не получают

медицинской помощи. Ежегодные расходы на лечение серьезных осложнений от небезопасных абортов, согласно оценкам, составляют 680 миллионов долларов США.

Даже в развитых странах никто не застрахован от неблагоприятных последствий абортов – на каждый 100 000 абортов погибает около 30 женщин. В развивающихся странах этот показатель составляет 220 на 100 тыс населения, а в самых неблагоприятных регионах (Африка к югу от Сахары) – 520 на 100 тысяч.

## Понятие небезопасного аборта

Искусственный аборт, проводимый надлежащим образом подготовленными специалистами с использованием правильных методик, считается безопасной медицинской манипуляцией. ВОЗ считает опасным аборт, который совершается либо лицом, у которого не имеется соответствующей квалификации, либо в условиях, которые не соответствуют минимальным медицинским требованиям, либо при наличии обоих этих факторов. Кроме того, необходимые для проведения безопасного аборта навыки и медицинские стандарты определяются продолжительностью беременности и постоянно изменяющимся научно-техническим уровнем.

Осложнения абортов, приводящие к летальному исходу или инвалидизации женщин, известны всем специалистам - неполный аборт (неполное извлечение или изгнание плодного яйца); обильное кровотечение; инфекция; перфорация матки; нанесение повреждения половым путям и внутренним органам при введении опасных предметов, таких как зонды, хирургические иглы или осколки стекла во влагалище или анус.

Современные исследования не подтверждают негативного влияния (легального) искусственного аборта на течение последующих беременностей, на риск рака молочной железы. Чем меньше срок, на котором прерывается беременность, тем меньше вероятность неблагоприятных последствий для здоровья женщины. Согласно российскому законодательству искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности. Медицинская помощь при аборте (на любом сроке беременности) входит в программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, то есть в государственных организациях здравоохранения должна предоставляться бесплатно. Российское законодательство, касающееся прерывания беременности, остается одним из самых либеральных в мире.

По данным 2012 года подавляющее большинство абортов (96%) в учреждениях МЗ РФ делаются в сроки до 12 недель беременности. С 2012 г. Россия перешла на

международные критерии определения живорождения, поэтому аборт с 22 до 27 недель беременности (которых, например, в 2011 г. насчитывалось свыше 16 тыс.) перешли в категорию сверхранных преждевременных родов.

## Медикаментозное прерывание беременности

Медикаментозный аборт считается альтернативой хирургическому прерыванию беременности. Работа в рамках программы RHP\* (HRP: Работа в области предупреждения небезопасного аборта ведется исключительно в рамках Специальной Программы ПРООН/ЮНИСЕФ/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирного Банка по исследовательской деятельности, разработкам и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP)) в течение последних трех десятилетий внесла значительный вклад в разработку и широкое применение рекомендуемой сегодня схемы приема лекарственных средств, которая заключается в применении мифепристона и простогландина. В ходе клинических исследований удалось снизить эффективность у 93% женщин дозу мифепристона с 200 до 100 мг и сократить интервал между применением мифепристона и простогландина до 24 часов. Срок беременности при этом составил не более 63 дней.

Необходимо отметить, что медикаментозный аборт воспринимается женщинами более позитивно, так как, по их мнению, он более естественен, по сравнению с хирургическим, и менее болезненным. Важным фактом явилось то, что медикаментозный аборт не требовал госпитализации, не мешал работе, поэтому более 90% женщин, которым был применен этот метод, остались им довольны. По сравнению, из женщин, которым был выполнен хирургический аборт, остались довольны методом только 74%.

## История абортов в России

РСФСР стала первым государством в мире, где с 1920 года декретом «Об искусственном прерывании беременности» были узаконены аборты, это был первый в мире истории права закон, разрешающий аборты. Для сравнения, в Великобритании аборты узаконены в 1967, в США - в 1973 году, во Франции - в 1975 и в Западной Германии - в 1976 году.

С 1920 года по 1936 год наблюдался неуклонный рост прерванных беременностей, в обществе, и особенно у руководства страны сложилось негативное к ним отношение, и уже в 1936 году ЦИК приняли постановление, запрещающее аборты. Таким образом, с 1936 по 1955 г. в СССР действовал запрет на аборты (за исклю-



чением абортов по медицинским показаниям). Количество абортов от этого не уменьшилось, их выполнение перешло в нелегальный сектор здравоохранения, а материнская смертность и инвалидизация женщин стали прогрессивно расти. Цифры говорят, что в это время материнская смертность по стране превышала 300 на 100 тысяч родившихся живыми, в то время как сейчас она менее 10 на 100 тысяч родившихся живыми. Если в 1935 году (до введения запрета) смерти от аборта составляли 26 % от всех случаев материнской смерти, то в 1940 году (после запрета в 1936 году) — уже 51%, а в начале 1950-х годов эта доля превысила 70%.

С 1955 года аборты были легализованы и стали основным методом регулирования демографии, а СССР занимал одно из первых мест в мире по их количеству.

С 1980 года по данным Федеральной службы государственной статистики наблюдается неуклонное снижение числа прерванных беременностей, так с 1988 года по 2012 гг их число у возрастной группы женщин с 15 до 49 лет снизилось в 4 раза.

В 2012 г. Росстат зарегистрировал 1,06 млн прерванных беременностей или 29,3 на 1000 женщин репродуктивного возраста, тогда как в 1990-м, например, в стране было сделано более 4 млн абортов (114 в расчете на 1000 женщин). В 2012 году около 88% абортов было сделано в системе МЗ РФ, еще 10% - в негосударственном секторе здравоохранения.

Самый высокий уровень аборт, выполненных в коммерческих учреждениях, был зафиксирован в Республике Бурятия (27%), Ульяновской области (25%), Москве (24%), Тамбовской (24%), Нижегородской (22%) и Омской (22%) областях. Самый низкий - в Северо-Кавказском (3%) и Южном федеральном округах (5%).

По данным этого же источника в 2014 году в РФ всего было зафиксировано 929963 абортов. Из них у детей до 14 (!) лет - 354, 15-17 лет – 9902, 18-19 лет – 28715 прерываний беременности. Наиболее количество абортов наблюдается у женщин в возрастной категории 25-29 лет.

В 2007 году произошло важное событие – впервые за многие десятилетия число рождений превысило число прерываний беременности. В последующие годы этот разрыв увеличивается в положительную сторону.

Несмотря на благоприятную динамику, Россия по-прежнему остается в числе мировых лидеров по уровню прерванных беременностей; современный российский показатель в 2-4 раза выше, чем, например, в Германии, Бельгии, Швейцарии, Нидерландах (по данным на 2011 год).

## Подмена понятий

В настоящее время активизировалось общественное обсуждение запрета абортов. Обсуждение инициировано группой участников Общероссийского общественного движения «За жизнь» и движения «Православные добровольцы». Они же выступили за отказ от вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение и др.). 27 сентября 2016 года на сайте РПЦ появилось сообщение о том, что Патриарх Кирилл подписал это обращение. В тот же день РИА Новости сообщили о том, что Верховный муфтий России, глава Центрального духовного управления мусульман Талгат Таджуддин также готов подписать такое обращение. Введение подобного запрета одобрила Уполномоченный по правам ребенка при президенте Анна Кузнецова, отметив, что практические меры по запрету абортов должны носить системный характер.

Единства среди активистов нет. Некоторые требуют полностью запретить аборты с целью повышения рождаемости. Другие считают нужным вывести выполнение абортов (кроме выполняемых по медицинским показаниям) из системы ОМС, чтобы они выполнялись только в частных клиниках и на платной основе. Третьи выступают за запрет абортов и вспомогательных репродуктивных технологий, что вообще является абсурдным.

В рамках этого обсуждения необходимо четко понимать, что запрет на аборты никоим образом не будет стимулировать рождаемость. Если проанализировать данные Минздрава и Росстата, становится ясным, что за многие годы синхронности

в динамике абортов и родов не наблюдается. Так, например, в 1990-е гг снизилось количество и абортов, и родов. Поэтому нет оснований полагать, что число родов растет за счет сокращения числа прерываний беременностей. Более того, опыт запрета в нашей стране есть, последствия такого шага хорошо понимаемы специалистами и чиновниками, в связи с чем остается надежда на разумный подход в решении этой проблемы.

## Официальное мнение

28 сентября 2016 года на сайте Минздрава РФ была опубликована позиция ведомства по вопросу исключения абортов из системы ОМС. Министр здравоохранения В.И. Сковорцова отметила, что Министерство, так же как и РПЦ и многие общественные организации, выступает против абортов. Решение об исключении абортов из ОМС должно носить взвешенный характер, чтобы принятые меры не привели к увеличению числа криминальных абортов и связанных с ними репродуктивных осложнений и материнской смертности. Для того, чтобы снизить их число абортов, по заявлению В.И. Сковорцовой, Министерством проводятся комплексные меры, доказавшие свою эффективность: с 2011 года количество медицинских абортов по желанию женщины снизилось с 735 тысяч до 447 тысяч, то есть примерно на 40 %.

Наиболее известными мерами являются подписание женщиной информированного согласия на процедуру прерывания беременности, в котором женщина обязательно должна указать, проводились ли с ней доабортное консультирование и беседа психологом или соцработником, а перед тем, как дать направление в стационар, врач должен предоставить женщине время для обдумывания своего окончательного решения от 2 до 7 дней. До проведения аборта рекомендуется ультразвуковое исследование с целью визуализации эмбриона и сердцебиения. Этот своеобразный психологический прием по замыслу должен остановить будущую мать от фатального решения. Важным, на наш взгляд, является информирование девушек, женщин и их партнеров о важности применения противозачаточных средств. Почти каждый случай смерти и инвалидности от аборта можно предотвратить при помощи полового воспитания, применения эффективных противозачаточных средств, обеспечения безопасного, совершаемого в рамках законности искусственного прерывания беременности и своевременной помощи при осложнениях.

Надеемся, что информация в данной статье заставит задуматься многих врачей, даже тех, которые по роду своей деятельности не связаны с акушерством и гинекологией. Каждый из нас может помочь этой категории пациенток, повлиять на ситуацию с целью принятия адекватного решения. ■

## Вагиниты, вызванные условно-патогенной микрофлорой: рекомендации для практикующих врачей



### Сведения об авторе:

*Пустотина Ольга Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР РУДН  
Адрес: 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая д. 6, телефон 8 (495) 787-38-27, email: rudn@rudn.ru  
Pustotina Olga Anatolievna, Doctor of Medicine, Professor of The department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Health, Peoples' Friendship University of Russia. Address: 117198 Moscow, Mikluho-Maklaya str, 6. Phone 8(495)7873827, email: rudn@rudn.ru*

## Нормальная микрофлора женских половых органов

Естественная микрофлора влагалища и наружных половых органов представлена широким спектром сапрофитных и условно-патогенных микроорганизмов (УПМ). Из влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста выделяют стрептококки, стафилококки, пептострептококки, бифидобактерии, коринебактерии, энтерококки, кишечную палочку, клебсиеллы, протей, фузобактерии, гарднереллы, аттопобиум, микоплазмы, бактериоиды, грибы рода *Candida*, превотеллы, виелонеллы и др. Но содержаться они в небольшом количестве, не превышающем для каждого 10<sup>3</sup>-10<sup>4</sup> КОЕ в 1 мл выделений. Основными представителями вагинальной микрофлоры являются молочнокислые анаэробные бактерии, принадлежащие к семейству *Lactobacilli*, которые значительно доминируют над УПМ и составляют 10<sup>7</sup>-10<sup>9</sup> КОЕ/мл [1-3].

Лактобактерии поддерживают постоянство состава экосистемы влагалища и играют важную роль в неспецифической защите организма от инфекционной

агрессии. Покрывая слизистую оболочку влагалища и шейки матки, они вырабатывают факторы гуморальной иммунной защиты, препятствуя адгезии на ней других микроорганизмов. Кроме того, лактобактерии обладают антагонистическими свойствами к некоторым представителям кишечной флоры - кишечной палочке, протее, клебсиелле, предохраняя влагалище от контаминации ими. В процессе своей жизнедеятельности они расщепляют гликоген, содержащийся в слизистой оболочке влагалища с образованием молочной кислоты и перекиси водорода, создавая среду с низким уровнем кислотности (рН 3,5-4,5), неблагоприятную для размножения других микроорганизмов [1-3].

Таким образом, во влагалище здоровых женщин репродуктивного возраста общая численность бактерий составляет 10<sup>5</sup>-10<sup>6</sup> КОЕ/мл выделений, 95% которых представлены лактобактериями и только 5% формируется представителями других видов аэробных и анаэробных УПМ.

## Вагиниты, вызванные УПМ

Вагиниты бывают воспалительного и невоспалительного характера. Воспалительные вагиниты в зависимости от вида возбудителя разделяют на неспецифические и специфические. К специфическим относятся трихомонадный, хламидийный, гонококковый и грибковый вагинит (вагинальный кандидоз), при обнаружении любых других УПМ вагинит является неспецифическим. Невоспалительный вагинит называется бактериальным вагинозом. Бактериальный вагиноз, неспецифический вагинит и вагинальный кандидоз объединяют вагиниты, вызванные УПМ.

**Бактериальный вагиноз** – это невоспалительное заболевание (дисбактериоз) влагалища, характеризующееся резким снижением количества молочнокислых бактерий и чрезмерно высокой концентрацией облигатных и факультативных анаэробных УПМ. Содержание лактобактерий составляет менее 10<sup>6</sup> КОЕ/мл, и преобладают среди них атипичные формы непродуцирующие перекись водорода. В результате уменьшения концентрации перекиси водорода и молочной кислоты, повышается уровень рН влагалищного содержимого >4,5 и создаются условия для роста УПМ. В большом количестве обнаруживаются *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* в синергизме со строгими анаэробами: *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus* и др. Кроме того, чаще и в больших количествах выделяются аэробные микробы (*Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella* и др.) и микоплазмы (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Ureaplasma parvo*). Общая численность бактерий во влагалище значительно возрастает и достигает 10<sup>8</sup>-10<sup>11</sup> КОЕ/мл [4-6].

Бактериальный вагиноз встречается у каждой второй женщины, предъявляющей жалобы на патологические выделения из половых путей. Его частота в 2 раза выше вагинального кандидоза и в 5-10 раз - чем хламидийного, трихомонадного и гонококкового вагинита вместе взятого [1-3].

Бактериальный вагиноз не относится к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), но связан с сексуальной активностью женщины и может вызывать симптомы уретрита у мужчин. Происходящие во влагалищном биотопе изменения облегчают восходящее инфицирование ИППП: гонококками, хламидиями, трихомонадами, ВИЧ-инфекцией и др. Кроме того, накапливаясь в большом количестве, УПМ проникают в полость матки, вызывая хроническую воспалительную реакцию, приводя к бесплодию, невынашиванию беременности и снижению эффективности программ ЭКО [7, 8].

**Неспецифический вагинит** – это воспалительное заболевание слизистой оболочки влагалища, сопровождаемое лейкореей и другими признаками воспаления. Для него также характерно уменьшение колоний лактобактерий и увеличение количества УПМ, преобладающими среди которых, в отличие от бактериального вагиноза, являются аэробные бактерии, такие как стафилококки, стрептококки и представители семейства Enterobacteriaceae (кишечная палочка, клебсиелла, протей) [1-3].

**Вагинальный кандидоз** – это воспаление слизистой оболочки влагалища, вызванное дрожжевыми грибами рода *Candida*, которое встречается у 5-10% женщин репродуктивного периода. Развитие кандидоза в основном расценивают как вторичную эндогенную инфекцию, резервуаром которой является желудочно-кишечный тракт. Основными причинами, способствующими проникновению грибов из аногенитальной области во влагалище и их интенсивному размножению, является прием антибиотиков, глюкокортикоидов, потребление пищи с большим количеством углеводов. Предрасполагающими к заболеванию факторами служат ожирение, сахарный диабет и нарушение правил личной гигиены [9-11].

### Факторы риска вагинитов, вызванных УПМ

Устойчивость экосистемы влагалища определяется факторами эндогенного и экзогенного происхождения. К развитию дисбиотических процессов в вагинальном микробиоценозе наиболее часто приводят: стресс, лечение антибиотиками, гормональная терапия, эндокринные и аллергические заболевания, снижение иммунной защиты организма, хронические запоры, инфекция мочевых путей. Уменьшение доли лактобацилл и повышение pH в содержимом влагалища происходит при повреждениях эпителиального покрова в ре-

зультате полового акта, трещин, расчесов, при чрезмерной гигиене наружных половых органов. Нередко женщины при появлении неприятного запаха из половых путей прибегают к спринцеванию. Спринцевание не имеет ни гигиенического, ни профилактического, ни лечебного эффекта, а усугубляет дисбиоз и является фактором риска воспалительных заболеваний органов малого таза. Нарушение экосистемы влагалища может возникать после полового акта вследствие действия спермы с высоким уровнем pH, при частой смене половых партнеров, во время аногенитальных контактов, при использовании некоторых спермицидов. Длительное маточное кровотечение, инородные тела во влагалище (тампоны, pessaries, швы при истмико-цервикальной недостаточности) нередко также сопровождаются патологическими выделениями из половых путей [4, 6, 7, 9].

### Клиника и диагностика вагинитов, вызванных УПМ

В основе вагинитов, вызванных УПМ, лежит уменьшение колоний лактобактерий, в результате которого изменяется pH вагинальной среды с кислой на щелочную и создаются условия для разрастания УПМ и их адгезии на освобождающийся эпителий слизистой оболочки влагалища.

Все происходящие изменения вагинального биотопа объединяются диагностическими критериями Амсея: появление специфических белей из половых путей, увеличение pH вагинального отделяемого, «рыбный» запах и наличие «ключевых клеток», представляющих собой эпителиальные клетки, покрытые сплошным слоем различных микроорганизмов. По последним данным, даже наличие двух критериев из четырех позволяет установить нарушение вагинального микробиоценоза [5].

Вышеперечисленным критериям в полной мере может соответствовать любой вагинит, вызванный УПМ. Для дифференциальной диагностики необходимо (и вполне достаточно) проводить микроскопическое исследование вагинального отделяемого [7, 12-14]. Микроскопическая картина будет представлена большим количеством микрофлоры различной формы и размеров, располагающейся как свободно, так и на поверхности эпителия в виде так называемых «ключевых клеток». Отличием между бактериальным вагинозом и неспецифическим вагинитом является лейкоцитарная реакция со стороны слизистой влагалища, которая при дисбиозе отсутствует, а при вагините – значительная, в следствие чего в вагинальном мазке будут обнаруживаться полиморфноядерные лейкоциты (ПЯЛ) в количестве более 20 в п/зр. Это обусловлено преобладанием аэробных стафилококков и стрептококков в содержимом влагалища, для размножения которых характерна

тканевая воспалительная реакция с миграцией в очаг воспаления большого количества ПЯЛ [1-3].

При вагинальном кандидозе в микроскопической картине обнаруживаются споры и мицелии грибов нередко в комбинации с признаками бактериального вагиноза и/или неспецифического вагинита. Но, в отличие от последних, кандидоз может возникать не только в условиях дефицита лактобактерий, но и при их достаточном количестве. Грибы рода *Candida* прекрасно размножаются в условиях кислой pH вагинального содержимого [1, 10]. В следствие этого для дифференцировки нарушений вагинального микробиоценоза простой pH-метрии выделений не всегда достаточно.

Кроме того, возбудители ИППП, такие как хламидии, трихомонады, гонококк и *Mycoplasma genitalium*, также могут колонизировать генитальный тракт, не нарушая нормальный рост лактобактерий и не изменяя pH влагалищного содержимого, в следствие чего до 90% случаев инфицирования ИППП протекают бессимптомно. Поэтому международные и отечественные эксперты [12-15] рекомендуют дополнительными возможностями в отношении облигатных патогенов, использовать метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления антигенов хламидий, трихомонад, гонококка и *Mycoplasma genitalium* в отделяемом половых путей.

Таким образом, окончательный диагноз вагинитов, вызванных УПМ, устанавливается при наличии у женщины жалоб на патологические вагинальные выделения и данных микроскопического исследования, и только после исключения ИППП методом ПЦР.

## Лечение вагинитов, вызванных УПМ

### Первый этап: Противомикробная терапия.

Препаратами выбора для лечения **бактериального вагиноза** являются производные нитроимидазола и линкозамиды, которые наиболее активно подавляют размножение анаэробной микрофлоры:

- Метронидазол (2 г внутрь однократно, 500 мг 2 р/сут 5-7 дней, вагинальный гель 0,75% 5 г ежедневно 5 дней)
- Клиндамицин (300 мг 2 р/сут 7 дней, вагинальный крем 2% 5 г 7 дней, свечи 100 мг вагинально 3 дня)
- Тинидазол (2 г внутрь однократно) [12-15].

Исследования показали, что ни у одной из схем нет преимуществ в эффективности терапии [7], однако при местном использовании значительно реже возникают побочные эффекты [16].

Для лечения **неспецифического вагинита** рекомендуется использовать клиндамицин (300 мг 2 р/сут 7 дней, вагинальный крем 2% 5 г 7 дней, свечи 100 мг вагинально 3 дня). В сравнении с производными нитроимидазола (метронидазол, тинидазол, орнидазол), он имеет более широкий спектр действия, включающий не только анаэробные, но и аэробные грамположительные и грамотрицательные бактерии [3, 12, 13, 17, 18].

В последние годы опубликованы результаты крупных рандомизированных контролируемых исследований, показавших высокую эффективность лечения нарушений вагинального микробиоценоза еще двумя антибиотиками широкого спектра действия: рифаксимина (250 мг вагинально 5 сут) [19] и нифуратела (250 мг вагинально 10 сут) [20].

Следует отметить, что все выше представленные антибактериальные средства, обладая выраженной подавляющей активностью в отношении УПМ, не влияют на жизнедеятельность полезных молочно-кислых бактерий [15, 19, 20].

Терапия **вагинального кандидоза** проводится антимикотиками, среди которых препаратами первой линии являются азолы для интравагинального применения (имидазолы):

- Клотримазол крем 2% 5 г 3 сут
  - Миконазол крем 2% 5 г 7 сут, 4% 5 г 3 сут
  - Миконазол свечи 100 мг 7 сут, 200 мг 3 сут, 1200 мг однократно
  - Бутоконазол 2% 5 г 3 сут
  - Тиоконазол 6,5% 5 г однократно
  - Терконазол 0,4% 5 г 7 сут, 0,8% 5 г 3 сут
  - Сертаконазол свечи 300 мг однократно;
- и азолы для приема внутрь (триазолы):
- флуконазол 150 мг однократно
  - итраконазол 200 мг 2 р/сут 1 день

При остром неосложненном вагинальном кандидозе, вызванном *Candida albicans*, все препараты местного и системного действия одинаково эффективны. В случаях рецидивирования процесса длительность и количество курсов увеличивается, при этом необходимо идентифицировать вид кандидозной инфекции и исключить возможные факторы риска [10, 12-14].

### Антисептики:

В настоящее время получено множество доказательств эффективности терапии вагинитов, вызванных УПМ, различными антисептическими средствами, такими как:

- деквалиния хлорид 1 вагинальная таблетка 10 мг на ночь 6 сут
- хлоргексидина гидрохлорид 1 свеча 16 мг вагинально 2 р/сут 5 сут
- повидон-йод 1 свеча 200 мг вагинально на ночь 7 сут [6, 18, 21, 22, 24].

Все антисептики обладают широким неспецифическим спектром действия и подавляют рост аэробных и анаэробных микроорганизмов, а также грибов рода *Candida*, при этом не влияя на жизнедеятельность колонии лактобактерий [15].

Наибольшая доказательная база (уровень доказательности 1А) продемонстрирована для деквалиния хлорида (флуомизина). В крупномасштабных многоцентровых рандомизированных зарубежных [21] и отечественных исследованиях (БИОС-I/II) [18, 22, 24] с участием 321 и 640 пациенток, соответственно, деквалиния хлорид показал сопоставимую эффективность с действием клиндамицина при лечении вагинитов, вызванный УПМ, при значительно лучшей переносимости и меньшей частоте развития кандидоза. Кроме того, вагинальные таблетки деквалиния хлорида обладают хорошей всасываемостью и меньшей текучестью в сравнении с хлоргексидином, поэтому назначаются один раз в сутки, не вызывая аллергических и других побочных эффектов, характерных для повидон-йода, при этом более эффективно уменьшая количество «ключевых клеток» и ПЯЛ в вагинальном мазке [18, 22].

### **Второй этап: восстановление микробиоценоза**

В настоящее время стало очевидным, что проведение только антимикробной терапии при вагинитах, вызванных УПМ, является не достаточно эффективным [18, 23]. Как показал последний систематический обзор [7], через месяц после лечения только в 65-85% случаев отмечается клиническое и лабораторное улучшение, а в остальных – патологические выделения из влагалища рецидивируют.

Одной из причин хронизации процесса являются бактериальные пленки, формирующие невосприимчивость микроорганизмов к действию антибактериальных и антисептических средств [23]. В результате уровень излеченности через 3 мес составляет 60-70% и еще ниже через 6 мес [6]. Значительное повышение эффективности терапии вагинитов происходит после проведения второго этапа, направленного на восстановление нормального микробиоценоза [22, 23, 25].

Наилучшие результаты продемонстрировало применение пробиотиков, содержащих живые лактобактерии. Они не только подавляют рост УПМ, ассоциированных с бактериальным вагинозом и неспецифическим вагинитом, за счет образования молочной кислоты, перекиси водорода и бактериоцинов, но и способны разрушать образованные ими биопленки, а также модулируют иммунный ответ и способствуют размножению колоний эндогенных лактобактерий [4, 12, 19, 24, 26, 27].

В качестве дополнительного фактора, улучшающего состояние вагинального микробиоценоза после антимикробной терапии, является применение

вагинальных таблеток аскорбиновой кислоты. [28]. В то же время, применение исключительно пробиотиков и/или закисления вагинальной среды без предшествующей антимикробной терапии для лечения вагинитов, вызванных УПМ, недостаточно [7].

### **Лечение вагинитов, вызванных УПМ, у беременных**

Нарушение вагинального микробиоценоза у беременных достоверно сопряжено с повышенным риском преждевременных родов, восходящего инфицирования плода и послеродовых гнойно-септических осложнений [1, 8, 29-31].

Согласно зарубежным рекомендациям [12, 13] терапия бактериального вагиноза и неспецифического вагинита у беременных женщин не отличается от таковой у небеременных. Препаратом первой линии считается метронидазол для системного и местного применения. При осложненном течении беременности и высоком риске преждевременных родов более эффективным считается назначение клиндамицина, обладающего более широким спектром активности [32-35]. При этом терапию нарушений биоценоза влагалища необходимо проводить с самых ранних сроков беременности [36].

В отечественных рекомендациях [14] антибиотики из группы нитроимидазола и линкозамидов противопоказаны в первом триместре, их применение возможно только местно после 12 нед беременности. Поэтому препаратами выбора для беременных являются вагинальные антисептики широкого спектра действия. Среди антисептических средств только у деквалиния хлорида безопасность применения на любом сроке беременности и в период грудного вскармливания подтверждена в масштабных многоцентровых исследованиях [18, 21, 22, 24]. Беременным с вагинальным кандидозом показано местное применение азолов (клотримазол, миконазол, терканозол и др.) [12-14]. В случаях неэффективности терапии предусмотрено интравагинальное назначение полиенов (натамицин, нистатин) [13-15]. В дальнейшем для профилактики рецидивов вагинальных выделений беременным назначаются пробиотики и средства, подкисляющие вагинальную среду [28, 36].

\*\*\*

В заключение хочется отметить, что вагинальный микробиоценоз напрямую связан с состоянием здоровья женщины. Любые нарушения гомеостаза могут сопровождаться патологическими выделениями из половых путей, которые нередко бывают кратковременными, и после нормализации общего состояния самостоятельно проходят. В случаях рецидивирования процесса основной задачей врача является не поиск и идентификация возможных возбудителей, которых при вагинитах, вызванных УПМ, как правило множество,

а выяснение причин, приведших к длительному течению заболевания. Для постановки правильного диагноза достаточно простой микроскопии вагинального мазка и метода ПЦР для исключения строгих патогенов. При рецидивирующих патологических вагинальных выделениях необходим также тщательный сбор анамнеза для выявления всех возможных факторов риска, только после устранения которых достигается полноценное восстановление вагинального микробиоценоза. ■

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.: Триада-Х, 2004. – 176с.
2. Sweet RL, Gibbs RS. Infectious diseases of the female genital tract. – 5th ed. Lippincott Williams Wilkins, 2009. 469p.
3. Petersen EE. Infections in Obstetrics and Gynecology. New York: Thieme, 2006. –260p
4. Радзинский В.Е. Бактериальный вагиноз. В кн. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей / Под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. – М.: Издат журнала StatusPraesens, 2014. – С.249-280.
5. Mittal V, Jain A, Pradeep Y. Development of modified diagnostic criteria for bacterial vaginosis at peripheral health centres in developing countries/ J Infect Dev Ctries. 2012; 6(5): 373-377.
6. Verstraelen H, Verhelst R. Bacterial vaginosis: an update on diagnosis and treatment/ Expert Rev Anti Infect Ther. 2009;7:1109-1124.
7. Donders GG, Zozzika J, Rezeberga D. Treatment of bacterial vaginosis: what we have and what we miss/ Expert Opin Pharmacother. 2014;15(5): 645-657.
8. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M. et al. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis/ Am J Obstet Gynecol. 2003;189: 139-147.
9. Filler SG. Insights from human studies into the host defense against candidiasis/ Cytokine. 2012; 58(1): 129-132.
10. Байрамова Г.Р. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: автореф. дис. докт.мед.наук. – М., 2013.
11. Роговская С.И., Липова Е.В., Яковлева А.Б. Вульвовагинальные микозы. В кн. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей / Под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. – М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2014. – С.281-308.
12. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/pid.htm>
13. Sherrard J, Donders G, White D. European (IUSTI/WHO) Guideline on the management of vaginal discharge in women reproductive age. 2011.
14. Клинические рекомендации РОАГ. Акушерство и гинекология. – 4-е изд./ под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1024с.
15. Профилактика, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем: рук-во для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов и семейных врачей. – М.: Институт здоровья семьи, 2008.
16. Mikamo H, Kawazoe K, Izumi K, et al. Comparative study on vaginal or oral treatment of bacterial vaginosis / Chemotherapy. 1997; 43:60-68.
17. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии// Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.А. Белоусова, С.Н. Козлова. – М., 2007. – 462с.
18. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Сравнительная оценка различных схем лечения больных с бактериальным вагинозом и неспецифическим вульвовагинитом // Рос вестник акуш гинекол, 2012. - №4. – С.75-81.
19. Donders GG, Guaschino S, Peters K, et al. A multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of rifaximin for the treatment of bacterial vaginosis/ Int J Gynaecol Obstet. 2013; 120: 131-136.
20. Mending W, Caserini M, Palmieri R. A randomized, controlled study to assess the efficacy and safety of nifuratel vaginal tablets on bacterial vaginosis/ Sex Transm Infect. 2013;9 01: A28.
21. Weissenbacher ER, Donders G, Unzeitig V. et al. Fluomizin Study Group. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin®) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. Gynecol Obstet Invest. 2012; 73: 8-15.
22. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Новые возможности терапии рецидивирующих вульвовагинальных инфекций: анализ и обсуждение результатов многоцентрового исследования БИОС-2 // Акуш и гинекол, 2014. - №4. – С.68-74.
23. Swidsinski A, Verstraelen H, Loening-Baucke V. et al. Presence of a polymicrobial endometrial biofilm in patients with bacterial vaginosis/ PLoS One. 2013;8:e53997.
24. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Четвертакова Э.С., Мисуно О.А. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций// Акуш и гинекол, 2011. - №5. – С.90-93.
25. McMillan A, et al. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli / Colloids Surf B Biointerface, 2011; 86(1): 58-64.
26. Larsson PG, Stray-Pedersen B, Rytting KR, Larsen S. Human lactobacilli as supplementation of clindamycin to patients with bacterial vaginosis reduce the recurrence rate; a 6-month, double-blind, randomized, placebo-controlled study./ BMC Women Health, 2008;15(8):3.
27. Ya W, Reifer C, Miller L E. Efficacy of vaginal probiotic capsules for recurrent bacterial vaginosis: a double blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203:1200-1208.
28. Zozzika J, Rezerberga D, Donders G. et al. Impact of vaginal ascorbic acid on abnormal vaginal microflora / Arch Gynecol Obstet 2013; 288: 1039-1044.
29. Bothuyne-Queste E, et al. Is the bacterial vaginosis risk factor of prematurity? Study of a cohort of 1336 patients in the hospital of Arras/ J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012; 41(3): 262-270.
30. Pustotina OA, Bubnova NI, Yezhova LS. Pathogenesis of hydramnios and oligohydramnios in placental infection and neonatal prognosis /J mat-fetal&neonat med. 2008; 21(1): 267-271.
31. Pustotina OA. Urogenital infection in pregnant women: clinical signs and outcome /J Perinat Med, 2013; 41:135.
32. Simcox R, Sin WT, Seed PT, et al. Prophylactic antibiotics for the prevention of preterm birth in women at risk: a meta-analysis/ Aust N-Z J Obstet Gynaecol. 2007; 47: 368-377.
33. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy/ Cochr Database Syst Rev. 2007. N1.PCD000262.
34. Lamont RF, Duncan SLB, Mandal D, et al. Intravaginal clindamycin to reduce preterm birth in women with abnormal genital tract flora/ Obstet Gynecol. 2003;101:516-522.
35. Brocklehurst P, Gordon A, Heatly E, et al. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy/ Cochr Database Syst Rev. 2013. N1.PCD000262
36. Othman M, Neilson JP, Alfirevic Z. Probiotics for preventing preterm labor/ Cochr Database Syst Rev. 2007. N1.PCD005941.

## Инфекция *Toxoplasma gondii* и предменструальное дисфорическое расстройство



### Актуальность

Предменструальное дисфорическое расстройство – наиболее тяжелое проявление предменструального синдрома. Влияние инфекции *Toxoplasma gondii* на клинические особенности заболевания не изучалось.

Таким образом, авторы определили взаимосвязь между инфекцией *T. gondii* с клиническими проявлениями у женщин, страдающих предменструальным дисфорическим расстройством.

### Методы

Было выполнено кросс-секционное обследование 151 женщины с предменструальным синдромом. Антитела к токсоплазме (Ig G и M) определялись в сыворотке иммуноферментным методом (ИФА). Кроме того, ДНК *T. gondii* определяли методом полимеразной цепной реакции в цельной крови пациенток, у которых были выявлены Ig G. Клинические данные были получены с помощью опросника. Взаимосвязь между инфекцией *T. gondii* и клиническими проявлениями оценивали с помощью двумерного и многомерного анализов.

### Результаты:

Ig G к токсоплазме были выявлены у 6,6% обследуемых пациенток (n=10 из 151). Ig M были выявлены у 4 пациенток (40%, из 10 серопозитивных пациенток с Ig G), ДНК *T. gondii* была выявлена у одной женщины. Среднее количество клинических проявлений предменструального синдрома у серопозитивных женщин было аналогично (25,8+7,58) таковому показателю у серонегативных пациенток (29,22+9,13; p=0,25). С помощью логистической регрессии была выявлена обратная связь наличия Ig G с концентрацией внимания (ОШ 0,18; 95% ДИ 0,03-0,91; p=0,03) и прямая связь с потерей самоконтроля или чувством подавленности (ОШ 9,00; 95% ДИ 1,32-62; p=0,02).

### Заключение:

Результаты первого исследования о взаимосвязи инфекции *T. gondii* и клиническими проявлениями предменструального дисфорического расстройства предполагают, что эта инфекция может быть связана с некоторыми симптомами данного

заболевания. В работе впервые приведены данные о взаимосвязи инфекции *T. gondii* и потерей самоконтроля или чувством подавленности. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения роли *T. gondii* в развитии предменструального дисфорического расстройства.

*Toxoplasma gondii* Infection and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Cross-Sectional Study. Alvarado-Esquivel C1, Sanchez-Anguiano LF2, Hernandez-Tinoco J2, Perez-Alamos AR2, Rico-Almochantaf Ydel R1, Estrada-Martinez S2, Vaquera-Enriquez R3, Diaz-Herrera A3, Ramos-Nevarez A4, Sandoval-Carrillo AA2, Salas-Pacheco JM2, Cerrillo-Soto SM4, Antuna-Salcido EI2, Liesenfeld O5, Guido-Arreola CA4. J Clin Med Res. 2016 Oct;8(10):730-6. doi: 10.14740/jocmr2699w. Epub 2016 Aug 30.

## Рецидив феохромоцитомы при беременности у пациентки с множественной эндокринной неоплазией 2А

Множественная эндокринная неоплазия тип 2А (МЭН 2А) – наследственное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. Частота встречаемости 1 на 40000 чел. Проявляется развитием опухолей эндокринных желез, таких как медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитомой, а также первичным гиперпаратиреозом. МЭН 2А при беременности встречается очень редко. В литературе описано только 29 случаев. Наличие феохромоцитомы является редкой причиной гипертензии во время беременности, с частотой 0,007% (на все случаи беременности). Это имеет серьезные последствия, как для матери, так и для плода. Мы приводим клинический случай: женщина 22 г., европеоидной расы, первобеременная, синдром МЭН 2А был поставлен в анамнезе. В детстве выполнена тиреоидэктомия по поводу медуллярного рака щитовидной железы, в 19 лет – удалена феохромоцитома слева. Был обнаружен рецидив феохромоцитомы в правом надпочечнике на 16-той неделе беременности, артериальное давление при этом было в норме. Действие катехоламинов было заблокировано феноксисбензамином. Беременность протекала без особенностей, родоразрешение – путем плановой операции кесарева сечения в 36 недель беременности. На 6 неделе после родов была выполнена лапароскопическая адреналэктомия справа, с последующим пожизненным назначением заместительной терапией кортикостероидами.

*Recurrence of pheochromocytoma in pregnancy in a patient with multiple endocrine neoplasia 2A: a case report and review of literature.*

Tingi E1, Kyriacou A2,3, Verghese L4. Gynecol Endocrinol. 2016 Nov 3:1-6.

## Беременность неясной локализации: выявление внематочной беременности и обеспечение помощи пациентам

Беременность неясной локализации (БНЛ) – это описательный термин, применяемый в ситуациях, когда у женщин с положительным тестом на беременность, при трансвагинальном ультразвуковом исследовании невозможно определить локализацию плодного яйца.

У большинства пациенток с БНЛ в дальнейшем либо происходит самопроизвольный аборт либо выставляется диагноз прогрессирующей маточной беременности. У 7%-20% пациенток из этой категории выявляется внематочная беременность. Потенциальная заболеваемость и смертность у пациенток с эктопической беременностью обуславливает повышенное внимание к ведению пациенток с БНЛ. В ряде случаев локализацию плодного яйца так и не удается установить, и БНЛ рассматривается как прервавшаяся или «персистирующая».



Существующие данные свидетельствуют, что выжидательная тактика является безопасным и эффективным подходом для большинства женщин с БНЛ и должна быть основой ведения такой категории пациенток. Однако, в случае «персистенции» БНЛ, сохраняется настороженность по поводу внематочной локализации плодного яйца. В настоящее время пересматривается подход к политике невмешательства при БНЛ. Обсуждается использование клинических методов исследования, включая: определение *b*-субъединицы хорионического гонадотропина сыворотки крови (*b*-ХГЧ), повторное выполнение ультразвукового исследования, выскабливание стенок полости матки (дилатация и кюретаж повторить УЗИ, дилатация и кюретаж [D&C]), и эмпирическая терапия метотрексатом. Кроме того, внесено предложение, что пациенткам с БНЛ может быть представлена возможность выбора: выжидательная тактика, диагностическая D&C или эмпирическая терапия метотрексатом.

*Key Concepts in Pregnancy of Unknown Location: Identifying Ectopic Pregnancy and Providing Patient-Centered Care.*

Fields L1, Hathaway A., J Midwifery Womens Health. 2016 Oct 25. doi: 10.1111/jmwh.12526. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27779816>

## Ожирение и риск неблагоприятного исхода беременности: данные исследования SCOPE

### Цель исследования

Определить – приводит ли полиморфизм единичного нуклеотида (single nucleotide polymorphism [SNP]) rs9939609 гена FTO (который является фактором риска для развития ожирения, сосудистых заболеваний) к осложнениям беременности: преэклампсии, гестационной гипертензии, синдрому задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР), самопроизвольным преждевременным родам (СПР).

### Методы

Было выполнено исследование («случай-контроль») 1721 беременных первой беременностью женщин европеоидной расы, их партнеров и новорожденных. ДНК выделяли из периферической крови или слюны у взрослых и из пуповинной крови у младенцев. Генотипирование выполняли с помощью анализатора Sequenom MassARRAY.

### Результаты

Распространенность генотипа AA (нуклеотид rs9939609, ген FTO) среди матерей и новорожденных была выше в группе с ЗВУР по сравнению с пациентками и их потомством при неосложненном течении беременности (19,2% по сравнению

с 13,4%, ОШ = 1,7; 95% ДИ = 1,1-2,6;  $p = 0,02$  при сравнении матерей; 24,6% по сравнению с 12,5%, ОШ = 2,7; 95% ДИ = 1,6-4,6;  $p=0,0002$  при сравнении новорожденных). Частота встречаемости генотипа АА (нуклеотид rs9939609, ген FTO) среди матерей и новорожденных была также выше в группе с СПР по сравнению с пациентками и их потомством при неосложненном течении беременности (20,8% по сравнению с 13,4%, ОШ = 2,1; 95% ДИ = 1,2-3,8;  $p=0,009$  при сравнении матерей; 20,0% по сравнению с 12,5%, ОШ = 2,4, 95% ДИ = 1,0-5,3,  $p=0,03$ ).

### Выводы

Генотип АА нуклеотида rs9939609 гена FTO, связанного с ожирением, также взаимосвязан с повышенным риском ЗВУР и СПР. Данный SNP может быть важен для прогнозирования риска развития таких осложнений беременности и сосудистых заболеваний в последующем.

*The obesity associated FTO gene variant and the risk of adverse pregnancy outcomes: Evidence from the SCOPE study.*

Andraweera PH1, Dekker GA2,3, Leemaqz S2, McCowan L4, Roberts CT2; SCOPE consortium. *Obesity (Silver Spring)*. 2016 Oct 21. doi: 10.1002/oby.21662. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27768255>

## Факторы риска микрогематурии у женщин

### Цель исследования

Цель данного исследования – определить факторы риска, которые могут приводить к микрогематурии у женщин.

### Методы

В ходе многоцентрового исследования «случай-контроль» был выполнен анализ историй болезни женщин, находящихся на лечении с микрогематурией в центрах Медицины тазовых органов женщины и реконструктивной хирургии (Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery) с 2010 по 2014 г. Согласно руководству Американской урологической ассоциации «микрогематурия» определялась при наличии 3 и более эритроцитов в поле зрения под большим увеличением при отсутствии инфекции. Контрольная группа были подобрана к обследуемой в соотношении 1:1. При анализе историй болезни и амбулаторных карт было выполнено изучение 10 факторов риска (карункул, пролапс гениталий, вагинальная атрофия, индивидуальный или семейный анамнез мочекаменной болезни, оперативное лечение, выполненное по поводу пролапса или недержания мочи, курение в анамнезе или в настоящее время, воздействие химических веществ, семейный анамнез урологических злокачественных новообразований, облучение тазовых органов в анамнезе, применение алкилирующих препаратов в анамнезе). Чтобы оценить факторы риска, высчитывали отношение шансов.

### Результаты

При обследовании в 8 центрах Медицины тазовых органов женщины и реконструктивной хирургии была сформирована обследуемая группа ( $n=493$ ) и группа контроля ( $n=501$ ). Курение, облучение тазовых органов в анамнезе, нефролитиаз были определены как значимые факторы риска для развития МГУ ( $p<0,05$ ). Вагинальная атрофии, менопаузальный статус и использование эстрогенов не являлись факторами риска для МГУ ( $p = 0,42, 0,83$  и  $0,80$  соответственно). При детальном исследовании пациенток с более высоким количеством эритроцитов в поле зрения под большим увеличением было выявлено, что у данной категории пациенток выявлены значимые изменения по результатам томографии.

### Заключение

Наши результаты показывают, что факторами риска развития МГУ у женщин являются курение, облучение тазовых органов в анамнезе и нефролитиаз.

*Risk Factors for Microscopic Hematuria in Women. Richter LA1, Lippmann QK, Jallad K, Lucas J, Yeung J, Dune T, Mellano E, Weissbart S, Mete M, Kim JH, Gutman R. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2016 Nov/Dec;22(6):486-490. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27636220>*

## Патологическая влагалищная флора у симптоматичных беременных и небеременных женщин в клинике Греции

Бактериальный вагиноз (БВ), кандидоз, трихомониаз были тремя установленными типами патологии влагалищной флоры. В начале 2000-х годов был выделен аэробный вагинит (АВ). Цель исследования - изучить распространенность нарушения микрофлоры влагалища (НМВ) с развитием воспаления и соотнести с частотой АВ. Забор влагалищных мазков осуществляли у симптоматичных женщин в Клинике Акушерства и гинекологии Iaso (Афины) с апреля 2014 г. по сентябрь 2015 г. Для постановки диагноза БВ использовали критерии Амсея. Наличие лейкоцитов и количество лактобацилл оценивали для идентификации состояния НМФ и воспаления. Затем выполняли культуральное исследование. В общей сложности было обследовано 761 женщина. БВ, кандидозный и трихомонадный и другие виды вагинитов (при отсутствии патогенных микроорганизмов при культуральном исследовании) были диагностированы у пятисот семидесяти девяти женщин. У 23,9% женщин ( $n=183$ ) было выявлено сочетание НМВ и воспаления (116 небеременных, 66 беременных женщин). При этом самым распространенным микроорганизмом была *Escherichia coli* (у небеременных в 45,7% случаев, у беременных в 34,8% случаев). Другими распространенными патогенами

были стрептококк группы В (у небеременных в 20,7 %, у беременных в 22,7%), *Enterococcus faecalis* (14,7 % и 18,2%) и *Klebsiella pneumoniae* (6,9% и 12,1%). Частота встречаемости сочетания НМВ и воспаления могла быть выше. Поскольку были применены критерии воспаления, было исключено большинство случаев БВ; в большинстве случаев НМФ было представлено АВ. Таким образом, клиницисты должны включать АВ при дифференциальной диагностике вагинитов, а микробиологи должны учитывать рост аэробных бактерий при культуральном исследовании материала женщин с данными АВ по результатам микроскопического исследования.

*Abnormal vaginal flora in symptomatic non-pregnant and pregnant women in a Greek hospital: a prospective study.*

Tansarli GS1, Skolidis T2, Legakis NJ2, Falagas ME3,4,5. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2016 Oct 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27738857>

## Влияние методов контрацепции на бактериальную и грибковую микрофлору влагалища

Методы контрацепции могут влиять на микрофлору влагалища, что может оказывать существенное воздействие на риск развития острых или обострение хронических вагинальных инфекций. Кроме того, могут влиять на риск заражения инфекциями, передающихся половым путем (ИППП), таких как ВИЧ. Было обследовано 248 женщин, обратившихся для введения левоноргестрел-содержащего внутриматочного контрацептива (ЛНГ-ВМК) (впервые или обратившиеся для повторного введения ВМК). Пациентки были стратифицированы в соответствии с методом контрацепции, используемым в настоящее время. Были получены данные относительно их менструального цикла и анамнеза жизни. Изучение влагалищной микрофлоры было выполнено при фазово-контрастной микроскопии нативного мазка. Культуральный метод был использован для выявления роста аэробной бактериальной флоры и грибковой колонизации. У пациенток, использующих ЛНГ-ВМК и чисто-прогестиновые оральные контрацептивы (ЧПОК) объем кровянистых выделений при менструации был значительно ниже, чем у других женщин ( $p < 0,001$ ). Вне зависимости от вида используемой контрацепции частота симптомов инфекционного процесса нижних отделов женской половой системы была одинаковой у всех женщин в течение предшествующего года. У женщин, использующих комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и длительный ЛНГ-ВМК бактериальный состав влагалищной микрофлоры был такой же, как и у пациенток, не использующих контрацептивы (даже когда возбудители инфекций

были объединены). У пациенток, использующих как гормональный, так и негормональный ВМК, была выявлена повышенная склонность к увеличению колонизации влагалищной микрофлоры грибами рода *Candida*. У женщин, использующих ЧПОК или подкожные импланты, чаще выявлялась тенденция развития вагинальной атрофии, при этом частоты носительства грибов рода *Candida* была ниже по сравнению с пользователями ВМК (ЛНГ-ВМК и медь-содержащего ВМК,  $p=0,037$ ). Женщины с повышенным риском заражения ИППП или рецидивирования БВ могут извлечь пользу при использовании ЛНГ-ВМК или КОК вследствие хорошего состояния влагалищной микрофлоры. Женщины, имеющие предрасположенность к рецидивированию вульво-вагинального кандидоза, должны предпочесть использование КОК, и избегать введения внутриматочных методов контрацепции.

*Influence of contraceptive choice on vaginal bacterial and fungal microflora. Donders G1,2,3,4, Bellen G5, Janssens D6, Van Bulck B7, Hinoul P7, Verguts J8,9. Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2016 Sep 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27638008>

## Склеротерапия под ультразвуковым контролем и ее влияние на ЭКО у пациенток с гидросальпинксом

### Цель исследования

Цель данного исследования - сравнить клинические исходы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у пациенток с гидросальпинксом, которым была выполнена склеротерапия под ультразвуковым контролем по сравнению с группой пациенток после хирургического вмешательства.

### Методы

Данные, полученные при изучении 482 циклов ЭКО/интрацитоплазматическое инъекция сперматозоидов (ИЦИИС), были разделены на три группы в соответствии с различными процедурами перед ЭКО/ИЦИИС. Группу А составили циклы ( $n=265$ ), при которых склеротерапия под ультразвуковым контролем была выполнена до проведения контролируемой гиперстимуляции яичников. В группу В вошли циклы ( $n=109$ ), в которых аспирация гидросальпинкса проводилась под ультразвуковым контролем в день получения ооцитов. В группу С вошли циклы ( $n=108$ ), при которых перед ЭКО/ИЦИИС была выполнена двухсторонняя сальпингэктомия.

### Результаты

Достоверных различий в частоте имплантации эмбрионов, биохимической беременности, клинической беременности, многоплодной беременности, прерывания беременности на ранних сроках между группами А и С выявлено не было

( $p > 0,05$ ). При этом частота имплантации эмбрионов, биохимической беременности и клинической беременности в группе В оказались значительно ниже, чем в группах А и С ( $p < 0,05$ ), частота прерывания беременности на ранних сроках была достоверно выше, чем в группах А и С ( $p < 0,05$ ).

### Заключение

При склеротерапии под ультразвуковым контролем у пациенток с гидросальпинксом перед проведением ЭКО и переносом эмбрионов можно получить аналогичные клинические результаты, как и при хирургическом вмешательстве.

*Ultrasound sclerotherapy pretreatment could obtain a similar effect to surgical intervention on improving the outcomes of in vitro fertilization for patients with hydrosalpinx. Song XM1,2, Jiang H3,4, Zhang WX1,2, Zhou Y1,2, Ni F1,2, Wang XM1. J Obstet Gynaecol Res. 2016 Oct 20. doi: 10.1111/jog.13152. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27762465>*

## Влияние профилактической билатеральной сальпингэктомии на функцию яичников

### Цель исследования

Предварительные данные о влиянии профилактической билатеральной сальпингэктомии (ПБС) свидетельствуют, что функция яичников остается неизменной в течение 3 месяцев после операции. Необходимо подтверждение безопасности влияния ПБС на функцию яичников даже через много лет после операции, чтобы убедить медицинское сообщество, что при этой новой стратегии, недавно предложенной для профилактики рака яичников, по крайней мере, удастся избежать риска преждевременной хирургической менопаузы. Мы исследовали, оказывает ли выполнение ПБС во время тотальной лапароскопической гистерэктомии (ТЛГ) долгосрочные эффекты на функцию яичников.

### Дизайн исследования

Обсервационное исследование (классификация Канадской целевой группы II-3 [Canadian Task Force Classification II-3])

### Место проведения

Кафедра акушерства и гинекологии. Университет «Magna Graecia», Катандзаро, Италия.

### Пациенты

Семьдесят девять пациенток, которым была выполнена ТЛГ и сальпингэктомия в нашем учреждении в период с сентября 2010 г. по сентябрь 2012 г., были приглашены в феврале 2015 г. для оценки овариального резерва. Восемь из 79 женщин отказалась участвовать в этом исследовании.

### Вмешательства

Возраст яичников пациенток с ПБС определяли с помощью OvAge®. OvAge® – статистическая модель, которая учитывает уровень анти-мюллера гормона (АМГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), количество антральных фолликулов при 3D ультразвуковом исследовании (КАФ), индекс васкуляризации (VI), индекс потока (FI) и индекс перфузии (VFI). Контрольная группа состояла из большого количества здоровых женщин - 652 (с интактной маткой и придатками), которых обследовали ранее для построения модели OvAge®. Сравнение возраста яичников женщин после ПБС и пациенток контрольной группы проводили при линейном статистическом моделировании (ANCOVA).

### Основные результаты

Основной конечной точкой исследования было различие в соотношении между OvAge и возрастом пациентки в группе обследованных пациенток и женщин группы контроля. Результаты описательной статистики обследованных 71 пациентки после ПБС следующие: возраст 49,1±2,15 лет; OvAge 49,22±2,57 лет; ФСГ 43,02±19,92 МЕ/мл; АМГ 0,12±0,20 нг/мл; КАФ 1,91±1,28; VI 2,80±5,32%; FI 19,37±5,88 и VFI 0,56±1,12. Анализ, выполненный с помощью ANCOVA, не выявил различий в соотношении OvAge/возраст пациентки между исследуемыми пациентками и женщинами контрольной группы ( $p = 0,900$ ).

### Заключение

Согласно нашей модели, выполнение ПБС во время ТЛГ в позднем репродуктивном возрасте не изменяет возраст яичников в течение 3-5 лет после операции.

*Three to five years later: long-term effects of prophylactic bilateral salpingectomy on ovarian function. Venturella R1, Lico D2, Borelli M3, Imbrogno MG2, Cevenini G4, Zupi E5, Zullo F2, Morelli M2. J Minim Invasive Gynecol. 2016 Sep 13. pii: S1553-4650(16)31040-8. doi: 10.1016/j.jmig.2016.08.833. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27621194>*

## Дроспиренон-содержащий оральный контрацептив и риск артериальной тромбоэмболии

### Цель исследования

Сравнить частоту артериальной тромбоэмболии (АТЭ) при приеме КОК, содержащих дроспиренон, и КОК, содержащих левоноргестрел.

### Дизайн

Когортное исследование популяции

### Способ получения информации

Данные исследований клинической практики объединенного королевства



(United Kingdom's Clinical Practice Research Datalink [CPRD]), содержащие медицинские сведения о более чем 11 миллионах пациентов.

#### Популяция

Женщины в возрасте 16-45 лет, которым были назначены КОК, содержащие дроспиренон или левоноргестрел в период с мая 2002 по июнь 2012 г.

#### Методы

Был выполнен анализ «случай-контроль» на базе обследования популяции с использованием случайной вы-

борочной совокупностью, чтобы случайным образом выбрать 10 случаев контроля для каждого эпизода АТЭ, сопоставимых по возрасту, времени вступления в когорту, году регистрации в CPRD, типу пользователя КОК (впервые использует, когда-либо использовал; использовал ли другие контрацептивы или только данный вид), длительности использования КОК, продолжительности применения гестагеновых контрацептивов (в т.ч. имплантов), использование дроспиренона и левоноргестрела до вступления в когорту и длительность наблюдения.

#### Основные оцениваемые показатели

Авторы использовали условную логистическую регрессию для оценки отношения рисков и 95% доверительный интервал (ДИ), скорректированный для непараметрического метода отбора.

#### Результаты

В когорту было включено 339743 женщины, наблюдаемых, в среднем, 4,4 года. За этот период произошло 228 случаев АТЭ: 37 инфарктов миокарда, 170 инсультов и 21 – других эпизодов АТЭ. Общая частоты 1,5 случаев на 10000 человек/год (Ч/Г). После корректировки на потенциальные вмешивающиеся факторы отношение рисков для АТЭ при текущем использовании дроспиренон-содержащего КОК по сравнению с левоноргестрел-содержащим КОК было 0,89 (95% ДИ 0,35-2,28), что соответствует разнице в частоте «-» 0,16 эпизодов на 10000 Ч/Г.

#### Заключение

Общий показатель АТЭ в данной популяции был низким, независимо от того, какой КОК применялся. Было выявлено мало доказательств в различии частоты АТЭ при использовании КОК с дроспиреноном или левоноргестрелом.

#### Краткое резюме

Было выявлено незначительное количество данных, свидетельствующих о более высокой частоте артериальной тромбоэмболии при приеме контрацептивов, содержащих дроспиренон, по сравнению с левоноргестрел-содержащими контрацептивами.

*Drospirenone-containing combined oral contraceptives and the risk of arterial thrombosis: a population-based nested case-control study. Lariv e N1,2, Suissa S1,2,3, Eberg M1, Joseph L2,4, Eisenberg MJ1,2,5, Abenhaim HA1,6, Filion KB7,8,9. BJOG. 2016 Oct 5. doi: 10.1111/1471-0528.14358. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27704723>*

## Менопауза и болезнь Паркинсона. Взаимосвязь между эстрогенами и ренин-ангиотензиновой системой головного мозга при допаминэргической дегенерации

Нейропротективные эффекты менопаузальной гормональной терапии при болезни Паркинсона (БП) еще не выяснены. И существующие данные неоднозначны - есть ли критический период для нейропротекции. Исследования на животных моделях, клинические и эпидемиологические исследования показали, что эстрогены индуцируют допаминэргическую нейропротекцию. Последние исследования показывают, что ингибирование ренин-ангиотензиновой системы мозга (РАС) опосредует эффекты эстрогенов в модели БП. В черной субстанции, при овариоэктомии происходит снижение уровня рецептора к эстрогенам -  $\alpha$  (ER- $\alpha$ ) и повышается активность ангиотензина, НАДФН-оксидазной активности и экспрессии нейровоспалительных маркеров, которые регулируются эстроген-содержащей заместительной гормонотерапией. Существует критический период для нейропротективного эффекта эстроген-содержащей заместительной гормонотерапии. При этом локальные ER- $\alpha$  и РАС играют важную роль. Важную роль в ER- $\alpha$  - индуцированной регуляции локальной РАС играют астроциты, но также участвуют нейроны и микроглия. Интересно, что лечение антагонистами рецепторов ангиотензина после критического периода индуцирует нейропротекцию.

*Menopause and Parkinson's disease. Interaction between estrogens and brain renin-angiotensin system in dopaminergic degeneration. Labandeira-Garcia JL1, Rodriguez-Perez AI2, Valenzuela R2, Costa-Besada MA2, Guerra MJ2. Front Neuroendocrinol. 2016 Sep 29. pii: S0091-3022(16)30041-3. doi: 10.1016/j.yfrne.2016.09.003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27693730>*

## Центральное ожирение и риск развития рака молочной железы

### Актуальность

В настоящее время известно, что взаимосвязь между ожирением и риском развития рака молочной железы (РМЖ) может варьировать в различных этнических группах.

### Методы

В исследовании случай-контроль, выполненного на базе клинической больницы Мумбаи (в период с 2009 по 2013 г., Индия) было включено 1633 пациентки с РМЖ и 1504 пациенток группы контроля. Были выполнены антропометрическое исследование всех участников, подробное анкетирование. Использовали модели логистической регрессии, чтобы вычислить отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ) для связи риска развития РМЖ и антропометрических данных, стратифицированных по типу опухоли и менопаузальному статусу.

### Результаты

Отношение окружности живота к окружности бедер (ОЖ/ОБ)  $\geq 0,95$  имело сильную связь с риском развития РМЖ (по сравнению с  $\text{ОЖ/ОБ} \leq 0,84$ ) как у женщин в пременопаузе (ОШ=4,3; 95% ДИ 2,9-6,3), так и в постменопаузе (ОШ=3,4; 95% ДИ 2,4-4,8) после поправки на индекс массы тела (ИМТ). У женщин пременопаузального периода с  $\text{ИМТ} \geq 30$  риск развития РМЖ был ниже, чем у пациенток с нормальным ИМТ (ОШ=0,5; 95% ДИ 0,4-0,8). Подобный защитный эффект наблюдался у женщин с длительностью постменопаузы менее 10 лет (ОШ = 0,6; 95% ДИ 0,4-0,9), но не распространялся на женщин с длительностью постменопаузы  $\geq 10$  лет (ОШ= 1,8; 95% ДИ 1,1-3,3). Женщины с избыточным весом и ожирением (ИМТ 25-29,9 и  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> соответственно) были в группе повышенного риска развития РМЖ, независимо от менопаузального статуса, если  $\text{ОЖ/ОБ} \geq 0,95$ . Центральное ожирение (измеряемое в ОЖ/ОБ) увеличивает риск развития РМЖ как в пре- так и в постменопаузе независимо от состояния рецепторов к гормонам (РГ).

### Выводы

Оказывается, центральное ожирение является ключевым фактором риска для развития РМЖ независимо от менопаузального статуса и состояния РГ у индийских женщин без приема заместительной гормонотерапии в анамнезе.

*Central obesity increases risk of breast cancer irrespective of menopausal and hormonal receptor status in women of South Asian Ethnicity. Nagrani R1, Mhatre S1, Rajaraman P2, Soerjomataram I3, Boffetta P4, Gupta S5, Parmar V6, Badwe R6, Dikshit R7.*

*Eur J Cancer. 2016 Oct;66:153-61. doi: 10.1016/j.ejca.2016.07.022. Epub 2016 Aug 27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27573429>*

## Менопаузальные симптомы у женщин, получающих тамоксифен

### Введение

Симптомы менопаузы часты и сильно выражены у пациенток с раком молочных желез, получающих тамоксифен. Однако возможность лечения такой симптоматики у больных ограничена, поскольку заместительная гормональная терапия противопоказана. Цель данного исследования - выявить наличие и причину менопаузальных симптомов, а также факторы, приводящие к появлению менопаузальных симптомов у женщин, принимающих тамоксифен.

### Методы

Женщины, которым был назначен тамоксифен вследствие диагностированного первичного рака молочных желез, были набраны из числа пациентов онкологических клиник Англии и при использовании онлайн-объявлений. Семьсот сорок женщин заполнили анкеты, оценивающие восприятие болезни, социальную поддержку, настроение и продолжительность симптомов/выраженность.

### Результаты

Восемьдесят четыре процента женщин испытывали приливы и 80% испытывали ночную потливость. У 60% из них симптомы были достаточно выражены. Симптомы присутствовали в течение 5 лет терапии и, в основном, были обусловлены



тамоксифеном. Логистическая регрессия показала, что депрессивные симптомы, предшествующая химиотерапия и наличие работы, были связаны с повышенной частотой приливов или наличием ночной потливости. Выраженность симптомов была связана с депрессией, наличием работы, и объясняли приемом тамоксифена.

### Обсуждение

Эти данные имеют клиническое значение при условии выявления женщин, которые находятся в зоне риска, чтобы предложить им негормональное лечение: например, когнитивно-поведенческая терапия, чтобы обучить женщину приемам самопомощи для купирования менопаузальных симптомов.

*Factors related to the experience of menopausal symptoms in women prescribed tamoxifen. Moon Z1, Hunter MS1, Moss-Morris R1, Hughes LD1. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2016 Sep 1:1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27583832>*

## Молекулярно-цитогенетический анализ при самопроизвольном аборте на ранних сроках беременности

### Актуальность

Самопроизвольный аборт (СА) является наиболее частым осложнением беременности. При этом хромосомные aberrации являются основной причиной аборта в первом триместре беременности, наступившей естественным путем (БЕП). Широкое применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) вызвало обеспокоенность по поводу хромосомных нарушений при беременности, наступившей после ВРТ. В настоящее время литературные данные по частоте анеуплоидии при прерывании беременности после ВРТ ограничены и неубедительны. Цель данного исследования – изучить генетическую этиологию при прерывании беременности после ВРТ.

### Результаты

В общей сложности было получено 560 образцов ворсин хориона для выполнения анализа кариотипа, в том числе: 92 случая БЕП, 340 случаев после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и 128 случаев после интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ИЦИИС). Не было статистической разницы в результатах исследования кариотипа и частоте анеуплоидии между группами БЕП, ЭКО и ИЦИИС. Однако частота хромосомной патологии и анеуплоидии увеличивались с возрастом матери. Возраст матери при аборте после переноса свежих эмбрионов

(СЭ) был выше, чем при аборте после переноса размороженных эмбрионов (РЭ):  $34,68 \pm 4,73$  г. и  $33,41 \pm 4,48$  г соответственно ( $p=0,003$ ). При этом частота хромосомных aberrаций абортуса была ниже при переносе СЭ, чем при переносе РЭ (58,33% по сравнению с 67,50%;  $p=0,040$ ). Незначительно более высокая частота изменений хромосомных сегментов была при переносе РЭ, чем при переносе СЭ (5,26 % по сравнению с 2,08 %,  $p = 0,066$ ).

### Выводы

Хромосомная патология плода является основной причиной СА в первом триместре, независимо от того наступила беременность в естественном цикле, после ЭКО или после ИЦИИС. ВРТ – безопасный способ преодоления бесплодия, но он не исключает риск анеуплоидии у абортуса. Частота прерывания беременности выше после переноса РЭ. Риск анеуплоидии выше при увеличении возраста матери.

*Molecular cytogenetic analysis of early spontaneous abortions conceived from varying assisted reproductive technology procedures.*

*Wu T1, Yin B2, Zhu Y1, Li G1, Ye L1, Chen C1, Zeng Y1, Liang D2. Mol Cytogenet. 2016 Oct 12;9:79. eCollection 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27752285>*

## Онкологические и акушерские исходы после абдоминальной трахелэктомии по поводу РШМ с целью сохранения репродуктивной функции

### Актуальность

Трахелэктомия была разработана как хирургический метод лечения ранней стадии рака шейки матки (РШМ), сохраняющий репродуктивную функцию у пациенток детородного возраста. Цель исследования – оценить онкологические и акушерские исходы и осложнения после абдоминальной трахелэктомии.

### Методы

Мы начали выполнять трахелэктомию в 2005 г. Данное клиническое исследование было одобрено надзорным советом. От каждой пациентки было получено информированное согласие. Ретроспективно были проанализированы истории болезни женщин, которым была выполнена трахелэктомия.

### Результаты

Была выполнена 151 абдоминальная трахелэктомия (89 радикальных трахелэктомий, 48 модифицированных радикальных трахелэктомий и 14 простых трахелэктомий). Средний возраст пациенток был 33 года, среднее время после операции – 61 мес. Несмотря на то, что у одной пациентки был рецидив рака в оставленной части шейки матки, летальных исходов не было. В общей сложности 61 пациентка пыталась забеременеть после трахелэктомии, была 21 беременность у 15 женщин. Таким образом, частота наступления беременности среди пациенток, которые пытались зачать, составила 25%. Пятнадцать детей родились путем операции кесарева сечения в сроке между 23 и 37 нед. беременности. Шесть детей были рождены в срок. В шести случаях был преждевременный разрыв плодных оболочек. У шести пациенток появилось варикозное расширение вен возле утеровагинального анастомоза.

### Заключение

Полученные данные свидетельствуют, что онкологические результаты были отличными. Однако требуется лечение бесплодия для достижения большего количества беременностей. Кроме того, часто наблюдаются преждевременный разрыв плодных оболочек и преждевременные роды. Увеличение частоты наступления беременности и предупреждение осложнений во время беременности - вопросы, которые должны быть решены в будущих исследованиях.

*Oncologic and obstetric outcomes and complications during pregnancy after fertility-sparing abdominal trachelectomy for cervical cancer: a retrospective review. Okugawa K<sup>1</sup>, Kobayashi H<sup>2</sup>, Sonoda K<sup>1</sup>, Kaneki E<sup>1</sup>, Kawano Y<sup>1</sup>, Hidaka N<sup>1</sup>, Egashira K<sup>1</sup>, Fujita Y<sup>1</sup>, Yahata H<sup>1</sup>, Kato K<sup>1</sup>. Int J Clin Oncol. 2016 Nov 1.*

## Роль оксидативного стресса при плацентарно-ассоциированных осложнениях беременности

При нормальном течении раннее развитие беременности происходит в условиях низкого содержания кислорода (O<sub>2</sub>) в окружающих тканях. Эта физиологическая гипоксия плодного яйца на раннем этапе защищает развивающийся эмбрион от вредного и тератогенного действия свободных кислородных радикалов.

Оксидативный стресс проявляется при взаимодействии мать-плод с самого начала беременности. На ранних сроках хорошо контролируемый оксидативный стресс играет роль в формировании, развитии, функционировании и ремоделировании плаценты. Локальное оксидативное повреждение трофобласта и прогрессирующая дегенерация ворсинок запускают формирование плодных оболочек, что является важным шагом для благоприятного исхода родов. Результаты наших исследований показали, что в первом триместре плацента у людей гистиотрофная, а не гематохориальная. Развитие и поддержание физиологического градиента O<sub>2</sub> между кровотоком матки и плода также имеет важное значение для такой плацентарной функции, как транспорт и синтез гормонов. Патологический оксидативный стресс возникает тогда, когда продукция активных форм O<sub>2</sub> превосходит внутреннюю антиоксидантную защиту, ведет к неизбежному повреждению биологических молекул, что приводит к потере функции клетки и ее смерти. В данной работе рассмотрена роль оксидативного стресса в патофизиологии прерывания беременности, развития преэклампсии и синдрома задержки роста плода.

*The role of oxidative stress in placental-related diseases of pregnancy Jauniaux E<sup>1</sup>, Burton GJ<sup>2</sup>. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Oct;45(8):775-785. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.02.012. Epub 2016 Jul 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27212609>*

## Действие токолитической терапии на вариабельность частоты сердечных сокращений плода

### Введение

Токолитические препараты могут вызывать изменения частоты сердечных сокращений плода. При этом вариабельность сердечного ритма плода является важным маркером благополучия плода. Цель исследования – провести систематический обзор литературы о влиянии токолитических препаратов на вариабельность сердечного ритма плода.

### Материалы и методы

Поиск исследований, которые были выполнены до июня 2016г, был проведен в Кокрановском Центральном регистре контролируемых исследований (Cochrane Central Register of Controlled Trials [Central]), с использованием электронных баз данных PubMed и EMBASE. Были включены исследования, опубликованные на английском языке, использующие компьютеризированные методы или методы визуального анализа для описания эффекта токолитиков на вариабельность сердечного ритма плода. Были исключены исследования, в которых описано применение токолитиков во время родов, при наружном повороте плода на головку, при наличии преэклампсии и инфекционных осложнений. В конце счёта мы включили шесть исследований, описывающих 169 беременных женщин.

### Результаты

Назначения нифедипина, атозибана и индометацина не оказывают клинически важного влияния на вариабельность сердечного ритма плода. Было описано уменьшение вариабельности и случаи брадикардии плода после введения сульфата магния. Применение фенотерола приводило к незначительному увеличению частоты сердечных сокращений плода, без каких-либо изменений в вариабельности. После введения ритодрина было зафиксировано увеличение частоты сердцебиения плода и снижение вариабельности. Также необходимо принимать во внимание одновременное назначение кортикостероидов.

### Заключение

При мониторинге состояния плода следует учитывать действие токолитических препаратов, чтобы предотвратить «ятрогенные» преждевременные роды.

*Effect of Tocolytic Drugs on Fetal Heart Rate Variability: a Systematic Review. Verdurmen KM1, Hulsenboom AD1, Laar JO1, Oei SG1,2. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Oct 19:1-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27756155>*

## Акушерские исходы беременности после кесарева сечения до 28 недель гестации в анамнезе

### Цель исследования

Цель данного исследования сравнить способ родоразрешения при беременности, после кесарева сечения, выполненного до 28 недель гестации в анамнезе, по сравнению с контрольной группой пациентов, у которых кесарево сечение было выполнено в срок. Второй целью было сравнить риск разрыва матки в обеих группах.

### Пациенты и методы

Ретроспективное исследование «случай-контроль» было выполнено на базе перинатального центра III-го уровня с 1 января 2001 по 31 декабря 2010. Были включены все па-

циентки, которым было выполнено кесарево сечение с 22 по 28 неделю беременности независимо от показания к кесареву сечению, пола плода и количества плодов (один или несколько). Единственным критерием исключения было наличие рубца на матке.

### Результаты

Семьдесят четыре пациентки были включены в исследуемую группу и 144 в контрольную группу. Из 74 пациенток, у которых было кесарево сечение до 28 недель беременности, 33 имели последующие беременности, исходы были изучены у 31 пациентки. У 77,4% (n=24) было выполнено кесарево сечение. У 22,6% (n=7) решено было начать вести роды через естественные родовые пути, в 100% это удалось. В контрольной группе у 30,6% пациентов (n=44) было выполнено кесарево сечение. У 69,4% (n=100) пациенток роды начали вести консервативно, в 80% случаев это удалось. Полного разрыва матки не было в обеих группах. В каждой группе было по 2 случая неполного разрыва матки. В данной небольшой выборке, риск разрыва матки не был увеличен по сравнению с группой пациентов, у которых кесарево сечение было выполнено в срок.

### Заключение

При последующей беременности, частота кесарева сечения была значительно выше в группе женщин с оперативным родоразрешением в срок до 28 нед. гестации в анамнезе, чем после кесарева сечения в срок. Однако нет никаких противопоказаний против ведения родов через естественные родовые пути после кесарева сечения, выполненного до 28 недель, кроме случаев корпорального кесарева сечения. Поэтому важно знать каким образом было выполнено кесарево сечение, был ли сформирован нижний сегмент к моменту проведения операции.

*Obstetrical outcome after a cesarean section before 28 weeks of gestation - a case-control study. Eslier M<sup>1</sup>, Lemonnier M2, Kone M<sup>3</sup>, Roumieux S<sup>2</sup>, Dreyfus M<sup>4</sup>. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Oct 13. pii: S0368-2315(16)30036-9. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.05.004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27745905>*

## Стимуляция родовой деятельности простагландином E2 при маловодии и созревании шейки матки с оценкой по шкале Бишопа $\leq 5$ у женщин с доношенной беременностью

### Цель исследования

Оценить эффективность и безопасность динопростона для созреваия шейки матки и стимуляции родовой деятельности у пациенток с маловодием при доношенной беременности, с оценкой шейки матки  $\leq 5$  баллов по шкале Бишопа.

### Методы

Было выполнено проспективное исследование случай-контроль. Было выполнено обследование 104 женщин с оценкой шейки матки  $\leq 5$  баллов по шкале Бишопа. Пациентки были разделены на две группы. Женщинам с маловодием и оценкой шейки матки  $\leq 5$  баллов была выполнена стимуляция родовой деятельности путем использования влагалищной рилизинг-системы, содержащей 10 мг динопростона (простагландин E2; группа А, n=40). В контрольную группу (группа В, n=64) вошли беременные с нормальным объемом околоплодных вод (индекс амниотической жидкости  $\geq 5$  см) и оценкой шейки матки  $\leq 5$  по шкале Бишопа. Группы были сопоставимы по возрасту и паритету. Первичной конечной точкой исследования было время от начала стимуляции до родов; вторичной точкой – частота кесарева сечения (КС), чрезмерная стимуляция родовой деятельности, частота неудачных попыток стимуляции, неонатальные осложнения.

### Результаты

Не было различий в среднем временном интервале от начала индукции до родов между двумя группами ( $p=0,849$ ). Однако, была статистически достоверная разница по частоте выполнения КС ( $p=0,005$ ). Не было выявлено различий в перинатальной заболеваемости и смертности между группами.

### Заключение

Динопростон – безопасная альтернатива для индукции родов при маловодии. Стимуляция родовой деятельности динопростоном при доношенной беременности и маловодии приводит к увеличению частоты КС. Риск повышения перинатальных осложнений отсутствует.

*Prostaglandin E2 induction of labor and cervical ripening for term isolated oligohydramnios in pregnant women with Bishop score  $\leq 5$ .*

*Kansu-Celik H<sup>1</sup>, Gun-Eryilmaz O<sup>2</sup>, Dogan NU<sup>2</sup>, Haktankacmaz S<sup>2</sup>, Cinar M<sup>2</sup>, Yilmaz SS<sup>2</sup>, Gulerman C<sup>2</sup>. J Chin Med Assoc. 2016 Oct 10. pii: S1726-4901(16)30179-4. doi: 10.1016/j.jcma.2016.07.004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27745800>*

