

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#1 [12] 02 / 2013 / StatusPraesens

цитата

[Будущее

принадлежит медицине
предохранительной.

Эта наука, идя
рука об руку с лечебной,
принесёт несомненную пользу
человечеству.]

Н.И. Пирогов



тема
№
номера

Превентивные стратегии: альтернативы нет

Извлечение в целом пузыре: хороший выход для двойни • Чем живут лактобактерии вагинального биотопа • Помочь или не мешать? Контраверсии ведения III периода родов • Могучая солодка — от качественной профилактики к эффективной репарации • Обзор достижений 2012 года: о профилактике преждевременных родов • От причуды к преступлению — женское обрезание. Виды, исходы. Отношение в мире • БИОС: доказательный базис двухэтапной терапии вагинальных инфекций



Уважаемые коллеги!

23 февраля. С Днём рождения!

Мы с вами живём и работаем в непростое время. Высокие темпы развития науки, в том числе медицинской, совершенствование техники и методик — с одной стороны показатель прогресса, но на другой чаше весов, увы, сохраняющиеся проблемы материнской и перинатальной смертности. За каждой цифрой здесь стоит человеческая жизнь, рассматриваемая сквозь призму цивилизованности общества, уровня благосостояния жителей страны, а также доступности, своевременности и качества оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам.

Уже сегодня в экономически развитых странах мира наблюдается тенденция к снижению показателя материнской смертности, в России также по некоторым показателям можно отметить положительную динамику. Однако предотвратимые причины материнских потерь, в число которых входят и гестозы, нам пока не удаётся преодолевать так же успешно. Почему так происходит? Возможно, сами женщины не осознают необходимости получения медицинской помощи при нарушениях здоровья во время беременности. Или система родовспоможения не работает должным образом: удалённость профильных учреждений, отсутствие этапности, несовершенство ныне существующих классификаций, пробелы в знаниях врачей. Не исключено, что смерть женщин на фоне беременности связана с тем, что у нас не выполняются протоколы лечения гестозов и их осложнений (см. статью «Гестоз и преэклампсия. Общественное обсуждение» на с. 9—14), ведения пациенток с экстрагенитальными заболеваниями.

Хочется верить, что каждый читатель этого номера журнала *StatusPraesens* найдёт в нём для себя много действительно полезных и практических знаний, без которых профессиональный путь истинного врача немыслим.

Акад. РАМН, зав. кафедрой
акушерства и гинекологии
педиатрического факультета
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
проф. **Г.М. Савельева**

Статус

гинекология акушерство

#1 [12]

научно-практический журнал для акушеров-гинекологов
и специалистов акушерско-гинекологической службы



Главный редактор: проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)
Арт-директор: Алиса Володина
Заместитель директора журнала: Хильда Юрьевна Симоновская
Научный эксперт: канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев
Выпускающий редактор: Наталья Лёвкина
Ответственные редакторы: Ольга Катаева, Татьяна Рябинкина
Вёрстка: Юлия Скучоткина
Инфографика: Вадим Ильин, Алиса Володина, Валерий Кудяев, Макс Горобец, Николай Рябов
Корректор: Елена Сосегова
PR и реклама: Элеонора Халитова, Яна Драницкая
Руководитель отдела по сотрудничеству с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Медицинские и литературные редакторы: Татьяна Рябинкина, Ольга Катаева, Галина Сильвестрова, Ольга Руднева, Наталья Хрипка, Антон Безруков
Ответственный секретарь редакции: Алёна Карева

Редакционная коллегия выражает особую благодарность проф. Галине Николаевне Минкиной и канд. биол. наук Александру Евгеньевичу Гуцину за консультативную помощь в подготовке номера.

Учредитель журнала ООО «Медиабюро Статус прэзенс» (121615, Москва, Рублёвское шоссе, д. 114, корп. 3, оф. 614). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус прэзенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус прэзенс» (105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26В, стр. 2, оф. 618) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-31773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 8000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 23 февраля 2013 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26В, стр. 2, бизнес-центр PosterPlaza, оф. 618. Почтовый адрес: 105004, Москва, а/я 164. Тел. (499) 558 0253. e-mail: status@praesens.ru. Интернет-представительство: www.statuspraesens.ru / Отпечатано в ЗАО «Алмаз-Пресс». Адрес 123022, Москва, Столярный пер., д. 3, корп. 31 / Пригласенные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перечётка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Фото на обложке: Фотобанк Лори. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков Лори, Fotolia, Gettyimages.

© ООО «Статус прэзенс»

© ООО «Медиабюро Статус прэзенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г.

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радзинский Виктор Евсеевич

Заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Айламазян Эдуард Карпович (С.-Петербург)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Байбарина Елена Николаевна (Москва)
Баклаенко Надежда Григорьевна (Москва)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Бахалова Наталья Васильевна (Калининград)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Бурдули Георгий Михайлович (Москва)
Буштырева Ирина Олеговна (Ростов-на-Дону)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Газаян Марина Григорьевна (Курск)
Галина Татьяна Владимировна (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гребёнкин Борис Евгеньевич (Пермь)
Григорьева Елена Евгеньевна (Барнаул)
Григчук Александр Леонидович (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Доброхотова Юлия Эдуардовна (Москва)
Евтушенко Ирина Дмитриевна (Томск)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каминский Вячеслав Владимирович (Киев)
Карпенко Сергей Николаевич (Брянск)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Милованов Андрей Петрович (Москва)
Несвячёная Людмила Алексеевна (Владивосток)
Новиков Борис Николаевич (С.-Петербург)

Оразмурадов Арамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пекарев Олег Григорьевич (Новосибирск)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Подзолкова Наталия Михайловна (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Протопопова Наталья Владимировна (Иркутск)
Рыжков Валерий Владимирович (Ставрополь)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савельева Ирина Сергеевна (Москва)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Севостьянова Ольга Юрьевна (Екатеринбург)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серов Владимир Николаевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Москва)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Тотчиев Георгий Феликсович (Москва)
Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск)
Туманова Валентина Алексеевна (Москва)
Уварова Елена Витальевна (Москва)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Федорович Олег Казимирович (Краснодар)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фролова Ольга Григорьевна (Москва)
Фукс Александр (США)
Хамадьянов Ульфат Рахимьянович (Уфа)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Чумакова Ольга Васильевна (Москва)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Шварёв Евгений Григорьевич (Астрахань)
Широкова Валентина Ивановна (Москва)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА # 1 [12]

5	Слово главного редактора	Трудные дороги профилактики Профилактическая медицина: российские реалии
7	ВКонтакте	
9	Медполит	Гестоз и преэклампсия Что нужно врачу в повседневной жизни? Что удобнее в работе? Что спасает жизнь пациентки? Общественное обсуждение
15		Беременные на баррикадах
17	Contra-version	Преждевременные роды: джунгли контраверсий Коллегиальное обсуждение проблемы
24		Шейка матки в эпицентре контраверсий Безальтернативность профилактического пути в снижении распространённости заболеваний шейки матки
30	Как это было	
32		Тянуть или не тянуть? Контролируемые тракции в активном ведении III периода родов: за и против
37	Что и требовалось доказать	Горизонты достоверности Комбинация из лактобактерий и эстриола в лечении нарушений экосистемы влагалища: обзор доказательств
44	Интернет-легокол	
46		Лечите это немедленно! Лечение беременных с бактериальным вагинозом и аэробным вагинитом в I–II триместрах беременности
52		Доказано в России Исследование БИОС: сравнительная оценка различных схем лечения бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита
57	Via scientiarum	Менструальный цикл: парадоксы XXI века Менструальные нарушения как социальная проблема
62		Вирусные войны: стратегический потенциал Современные возможности лечения и профилактики генитального герпеса и ВПЧ-инфекции
68		Упростить проблему выбора Лечение больных с обильными менструациями. Обзор терапевтических возможностей
75	Родзал	Акушерство: беспроигрышные решения Вертикальные роды как способ снижения родового травматизма и преодоления акушерской агрессии
82		Многоплодная беременность: как улучшить исходы Извлечение плода в целом плодном пузыре при многоплодии — ближайшие и отдалённые результаты
89	Back up	Языческий ритуал в XXI веке Фараоново обрезание в наши дни
94	Литература и источники	

Трудные дороги профилактики

Профилактическая медицина: российские реалии



Главный редактор
проф. Виктор Радзинский

Превентивная медицина, донозологическая диагностика представляют собой терминологические изыски для обновления (зачем, кстати?) главного слова оздоровления общества — профилактики. Речь идёт о трудностях реализации тезиса, провозглашённого акад. Николаем Александровичем Семашко: «Профилактика — ведущий принцип советского здравоохранения». Это действительно был принцип, а не лозунг; в соответствии с ним на всех территориях страны была создана уникальная система организации медицинской помощи — от деревни (ФАП) через сельские участковые (СУБ) и центральные районные (ЦРБ) больницы, городские, областные, республиканские и всесоюзные центры к единой идеологии здравоохранения. В 1978 году Декларация ВОЗ рекомендовала всем странам внедрять систему первичной медико-санитарной помощи населению «по образцу и подобию» советской.

Многочисленные эксперты ВОЗ, ЮНИСЕФ и других гуманитарных организаций уже в годы перестройки приезжавшие в страну (среди них были всемирно известные специалисты), говорили: «Уникальная система простого сельского здравоохранения! Нигде в мире нет ФАП, а ведь это наличие специалиста в сельской местности! Понятны и неизбежны недостатки: здание плохое, фельдшер не очень грамотный, но они есть! Разбогатеете — постройте модули, повысите квалификацию медиков, только не разрушайте систему!»

Дальше получилось «как всегда»: ФАПы, находившиеся на балансе колхозов, после распада последних умные руководители территорий взяли на баланс ЦРБ, а не шибко умные и грамотные — ликвидировали. И вот сейчас, понимая специфику огромной страны, мы пытаемся восстановить не по уму разрушенное и возродить диспансеризацию как «систему выявления болезней и оздоровления людей».

Правильно пишут читатели нашего журнала, что в **гринх** странах нет, скажем, женских консультаций, а показатели лучше, чем в России. Всё верно, но ключевое слово здесь — «другие»! Специфика нашей географии, демографии, менталитета («за меня подумают» — так учили более 70 лет) требуют адекватных решений и действий. Одна из новаций: в регионах, где перинатальные центры мониторят степень риска у всех беременных, вставших на учёт в ФАП, ЦРБ, городской женской консультации (Кемерово, Тюмень, Томск, Липецк *etc.*), автоматически

[Перинатальные центры, особенно не состоящие в структуре крупных многопрофильных больниц, не могут снизить материнскую смертность от экстрагенитальных заболеваний.]

определяют акушерский и перинатальный риск, уже снижена не только материнская, но и перинатальная смертность. При корректно организованной работе все участники понимают, что профилактическая работа перинатальных центров не менее важна, чем родоразрешение при недоношенной беременности и вывоз маловесных «на себя».

Чего не могут сделать перинатальные центры, особенно не состоящие в структуре крупных многопрофильных больниц, так это снизить материнскую смертность от экстрагенитальных заболеваний; для этого необходимо во время беременности определить профильный стационар (приказ 808н, временно пребывающий сейчас на обновлении), где будет родоразрешена женщина и где она будет лечиться. Пока ещё «смежники» отговариваются отсутствием родильных отделений, например в кардиохирургических центрах. Политическая воля руководства должна быть направлена на разъяснение того очевидного факта, что оперативное родоразрешение проводит выездная бригада акушера (она же и ребёнка заберёт в роддом), а больная беременная или родильница должна пользоваться всеми, если не большими правами на высокотехнологичную специализированную помощь. Других путей снижения материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в мире не придумали: в США — с 70-х годов, в Европе — с 80–90-х годов XX века большинство кардиохирургических операций проводят и во время беременности, и симультанно с кесаревым сечением, и после родов в профильном (!) стационаре.

[Если вакцинация против ВПЧ окажется эффективной, то помимо сохранённых жизней в масштабах страны будут сэкономлены колоссальные средства.]



Совсем другой вопрос — профилактика рака шейки матки. Опять менталитет населения, в частности «пофигизм» по отношению к собственному здоровью. Полумера — возрождение смотровых кабинетов в поликлиниках: к терапевту, стоматологу (!), окулисту не примут, пока акушерка не проведёт целевой осмотр пяти возможных локализаций рака: кожа, язык, молочные железы, прямая кишка, половые органы. В 80-е годы с внедрением цитологического исследования материала с шейки матки выявляемость рака существенно повысилась. Увы, позже в целях «экономии» бюджетное финансирование технологии почти ликвидировали. Экономическая выгода ещё не стала очевидной, но уже видны возможности для её достижения: если вакцинация против ВПЧ (Нобелевская премия 2008 года) окажется эффективной, то помимо сохранённых жизней в масштабах страны будут сэкономлены колоссальные средства.

Увы, эта масштабность понимания отнюдь не характерна для руководителей гинекологической службы. И не потому, что они «вредители» — так диктует экономика. Главврач ЦРБ (мощной, хорошо оснащённой) в порыве откровенно-

сти объяснял: «Мне не нужен медикаментозный аборт, даже дешёвый с одной таблеткой мифепристона!» Его делают амбулаторно, осложнений мало — это недоучтённые койки-дни, невыполненные МЭСы, то есть недополученные деньги больницы и сотрудников, а ведь при хирургическом аборте и, что весьма важно, при его осложнениях госпитализируют в стационар (!). Поэтому главврачи и не склонны вместо раздельных диагностических выскабливаний делать более целесообразную вакуум-экстракцию: получается, что амбулаторная услуга слишком заметно дешевле стационарной.



Как понятно, стимулов для внедрения современных технологий оздоровления, профилактики — нет. А это уже проблема в масштабах страны: что-то надо менять в оценке деятельности ЛПУ, проще всего — материальной. В полной мере это относится к ненужной госпитализации беременных: в ранние сроки — в гинекологические отделения, в поздние — в отделения патологии беременных; исключение составляют пациентки с кровотечением, тяжёлым гестозом и доказанно угрожающими или начавшимися преждевременными родами, действительно нуждающиеся в стационарном лечении. Доказательных данных пользы от госпитализаций «на всякий случай» нет; 20% гинекологических и не менее 30% коек в отделениях патологии функционируют без доказанного эффекта. За рубежом таких «перестраховок» не практикуют, а конечные результаты здравоохранения заметно лучше.

Вот почему проблема реабилитации репродуктивной системы после любой потерянной беременности (реально реабилитируются не более 10% женщин после выкидышей, неразвивающихся или внематочных беременностей) даже более важна, чем предгравидарная подготовка (в идеале 100%, реально — 5%). И ничем другим, кроме психологических стереотипов, нельзя объяснить стабильно низкое (12% по отчётам и 4% в реальности — аптечные данные) использование женским населением гормональных контрацептивов. Эта психологическая неготовность подкрепляется гормонофобией врачей, прежде всего гинекологов. Как показала дискуссия на «Версиях и контраверсиях — 2011» в Сочи, причина одна: неграмотность в вопросах эндокринной гинекологии, отсюда — боязнь неизвестного! Осознание того, что оральная контрацепция — профилактика не только аборта, но и рака репродуктивной системы, патологического климактерия и сосудистых тромбозов (!) при условии грамотного подбора контрацептивов, а теперь ещё и... предгравидарная подготовка (КОК с метафолином), — удел только грамотных, высококвалифицированных врачей. Дискуссии будут продолжены на «Уральских чтениях» (апрель 2013 года), конгрессе «Ранние сроки беременности» (май 2013 года), семинаре «Версии и контраверсии» в Сочи (сентябрь 2013 года). Спорьте! Возражайте! Присоединяйтесь!

Только не будьте равнодушными!

Ваш Виктор Радзинский

Акушерство и гинекология — это не только работа на стыке междисциплинарных взаимодействий, без устали обсуждаемых на всех мероприятиях StatusPraesens. Это ещё и специальность, объединяющая самые гуманные побуждения и принципы с реальностью, часто весьма суровой. И возникающие при этом вопросы, конечно, вызывают бурные дискуссии в сообществе профессионалов ВКонтакте. Так, казалось бы, то, что прегравидарная подготовка нужна и важна, не подлежит сомнению. Но что под ней подразумевать и как проводить? Сегодня обсуждение этой темы мы переносим с интернет-площадки на страницу журнала.



Наш сайт <http://www.praesens.ru/>
Наша группа ВКонтакте vk.com/praesens



Андрей *****

1 июня 2011 в 20:59

Теоретически прегравидарная подготовка — важная и ответственная миссия. Но на практике врачам ж/к просто некогда вести лекции по отказу от курения и о пользе фолатов. Считаю, что в широкой массе прегравидарная подготовка должна ограничиваться сбором анамнеза и оценкой факторов риска. Ну, и фолиевая. При выявлении экстрагени- талики, отягощённом акушерском анамнезе, бесплодии и др. — свои нюансы.

Сергей *****

4 июня 2011 в 13:05

Интересно, если в ж/к 15 мин на человека, возможно ли такое организо- вать в государственном масштабе??? Что врачу следует назначить женщине без отягощённого анамнеза? Обследование на ВПГ, ЦМВ инфекции бессмысленно: в британском исследовании, охватившем 700 000 родов, суммарно лишь около 30 случаев инфицирования у детей.

Юлия *****

15 октября 2011 в 0:52

Назначаю (после обычного сбора анамнеза) ТТГ, TORH, если кольпит — ПЦР, успеваю за 12 мин. Если придрать- ся не к чему — поливитамины на 3 мес вместе с мужем.

Наталья *****

11 февраля 2012 в 18:21

В частном медицинском центре мы не так давно запустили цикл лекций для планирующих беременность. Проблема в том, что наши женщины пока не очень

готовы платить за информацию. Помимо знаний, почерпнутых из опыта и меди- цинских рекомендаций, большую пользу приносит анализ блогов — в них можно отыскать наиболее интересные на- ших женщин вопросы типа «можно ли есть сыр с плесенью». И чередуя блоки «серьёзные» и, по нашему врачебному мнению, «бредовые», можно быстрее заслужить внимание аудитории. Если бы наше государство осознавало пользу санпросветработы и оплачивало достой- но труд лектора, то организация курсов в стенах ж/к была бы крайне благопри- ятным делом! Только так можно внушить женщинам, что планировать нужно не только поход к маникюру.)))))

Гарик *****

26 августа 2012 в 2:09

Проблема имеет два аспекта: психо- логический (любая пара может и долж- на получить консультацию по поводу предстоящей беременности) и клиниче- ский — касается женщин с ЭГЗ и невы- нашиванием в анамнезе. Остальное — профилактика по типу «ВСЁ и ВСЯ» — просто зарабатывание денег!!!

Сергей *****

28 августа 2012 в 6:41

Не соглашусь с мнением о зараба- тывании на прегравидарной подготовке. Во-первых, не так уж и много можно за- работать. Во-вторых, существует два по- нятия: «желанная беременность» и «же- ланная и планируемая беременность». Желанная беременность — случайная, при которой пара отказывается от пре- рывания. Планированная беременность

наступает на фоне прегравидарной под- готовки. И в этом аспекте есть много ин- тересных медицинских стратегий. К при- меру, накопление фолатов в организме происходит в течение 20 нед (4–5 мес), таким образом, при назначении фолатов с 3–5 до 9–11 нед гестации вы не успе- ете создать нормальный их уровень и, следовательно, не сможете полноценно предотвратить пороки нервной трубки плода. А вот при планировании беремен- ности у женщины, длительно принима- ющей КОК (которые способствуют эли- минации фолатов), вы можете назначить КОК с фолатами или просто добавить фолиевую кислоту на несколько месяцев перед беременностью.

Эта тактика не касается только жен- щин с ЭГЗ, для которых прегравидар- ная подготовка — залог снижения ри- ска осложнений. У нас в Киеве на ка- федре перинатальной медицины (проф. Жук С.И.) было проведено интересное статистическое исследование (не знаю, на какой уровень доказательности оно претендует). Изучали течение беремен- ности у женщин с желанной и планиру- емой беременностью. Вывод: женщины с планируемой беременностью в 25– 30 раз меньше подвержены акушерским осложнениям во время беременности и родов. Ограничение вредных привычек, инфекционный скрининг, санация рото- вой полости перед гестацией — факто- ры благоприятные. Много денег на этом вряд ли заработаешь, но определённые дивиденды врач получит. :)

Кстати, в этом аспекте советую почитать книжку — Жук В.Н., «Мать и дитя», 1906 года издания.



StatusPraesens

МЕД ПОЛИТ

Для библиографических ссылок

• Савельева Г.М., Краснопольский В.И., Стрижаков А.Н., Радзинский В.Е., Курцер М.А., Шалина Р.И. Что нужно врачам в повседневной жизни? Что удобнее в работе? Что спасает жизнь пациентки? Общественное обсуждение // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 9–14.

гестоз и преэклампсия

Что нужно врачу в повседневной жизни? Что удобнее в работе?

Что спасает жизнь пациентки? Общественное обсуждение

Известно, что в медицине правильно, своевременно и конкретно поставленный диагноз определяет адекватность и эффективность лечебных мероприятий, а в акушерской практике сохраняет здоровье и жизнь как матери, так и ребёнка. Однако с диагностикой гестозов есть некоторые трудности, обусловленные с отсутствием однозначной, унифицированной терминологии. Соответственно, специалисты не всегда могут понять друг друга и выбрать оптимальную стратегию ведения пациентки, превентивную в плане неблагоприятных исходов, самый грозный из которых, к сожалению, вполне реален — это гибель женщины. Такая угроза обязывает каждого акушера-гинеколога разбираться в этом вавилонском многообразии терминов, ставить перед собой ясные вопросы и искать на них чёткие ответы.

Данное сообщение группы отечественных акушеров продиктовано необходимостью упорядочить классификацию гестоза (преэклампсии) с целью своевременной диагностики и терапии этого весьма серьёзного и нередкого в практике осложнения беременности (18–25%).

Суть проблемы состоит в том, что как ни назови синдром, уносящий жизни женщин с древности и по сей день, он не станет понятнее. «Болезнь загадок и предположений» (Бакшеев Н.С.) не оставляет никакого другого пути спасения женщины, кроме завершения беременности. Ни новые сведения о довольно неплохо изученном патогенезе заболевания, ни использование разнообразных гипотензивных средств не позволяют навсегда оставить в прошлом случаи материнской летальности от эклампсии.

Magnesii sulfas

Всемирный конгресс по проблемам материнской смертности (Марокко, Марракеш, 1995) признал **инфузионную терапию** раствором сульфата магния

единственным повсеместно доступным средством снижения материнской смертности от эклампсии. Используют этот дешёвый и эффективный препарат не с целью лечения гестоза (позднего токсикоза, токсемии, нефропатии, преэклампсии — суть не в названии!), а для предотвращения его необратимого, фатального этапа развития. Главное, что должен сделать врач, — определить степень тяжести синдрома, необходимую дозу сульфата магния и взвешенно решить вопросы о срочности (или отсутствии необходимости) родоразрешения, профилактике респираторного дистресс-синдрома плода и восстановлении физиологических параметров гомеостаза.

Авторы различных публикаций, посвящённых этой клинической проблеме, сходятся на том, что **лёгкая преэклампсия** требует назначения 12–15 г сульфата

Авторы: Галина Михайловна **Савельева**, акад. РАМН, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Владислав Иванович **Краснопольский**, проф., акад. РАМН, директор МОНИАГ; Александр Николаевич **Стрижаков**, акад. РАМН, зав. кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; Виктор Евсеевич **Радзинский**, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; Марк Аркадьевич **Курцер**, член-корр. РАМН, проф. кафедры акушерства и гинекологии ПФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный акушер-гинеколог ДЗ г. Москвы; Раиса Ивановна **Шалина**, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.



магния в сутки (5–7 ампул по 10 мл 25% раствора), вводимого через инфузомат (в идеале) либо в разведении на ограниченном объёме раствора глюкозы 5% (но не на изотоническом растворе натрия хлорида). При состоянии **средней тяжести** дозу повышают — 20–25 г, при **тяжёлом** — до 50 г.

Успехи применения сульфата магния очевидны. Именно благодаря этому средству за 11 лет смертность от эклампсии в мире сократилась почти двукратно: со 110 тыс. (1999 год) до 60 тыс. (2010 год) — и продолжает снижаться. Достоверной информации о частоте гестоза и эклампсии, о материнской летальности от этих состояний в Российской Федерации, к сожалению, нет. И дело вовсе не в «укрывательстве» или «злом умысле», а в том, что в 1995 году переход на классификацию по МКБ-10 в нашей стране не стал унифицированным, внося заметную сумятицу в понятийный аппарат.

Где начинается преэклампсия?

На страницах журнала «Акушерство и женские болезни» (2012) акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазян и проф. М.А. Репина в комментариях к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, экламп-

сия» вновь подняли вопрос о необходимости унифицировать понятие гестоза в зависимости от тяжести и характера его проявлений¹. Авторы статьи получили живой отклик от коллег, таких как акад. Г.М. Савельева, В.И. Краснопольский, А.Н. Стрижаков, член-корр. РАМН М.А. Курцер, проф. В.Е. Радзинский и проф. Р.И. Шалина, — в своих публикациях в разных журналах и выступлениях они поддержали это здоровое предложение и развили идеи о гестозе и преэклампсии, продолжая эту мысль в настоящей статье.

Суть проблемы вовсе не в том, какие названия лучше (лишь бы они были унифицированы и в понимании каждого врача означали одно и то же), а в достижении результата, и в данном случае это — снижение материнской летальности от эклампсии. Тактика акушера-гинеколога, в частности выбор времени и метода родоразрешения, напрямую зависит от того, насколько уверенно он разбирается в клинической проблеме.

Итак, с 70-х годов XX века **гестоз** в России (как и во многих других странах) называют по-разному: по прежней классификации — поздний токсикоз, нефропатия с соответствующими стадиями заболевания (отёки беременных; лёгкая, средней степени тяжести, тяжёлая); по «обновлённой» — ОПГ-гестозы (отёки, протеинурия, гипертония) по аналогии



с классификацией, предложенной позже комитетом экспертов ВОЗ, — ЕРН-гестозы (edema, proteinuria, hypertension).

Этот период при неблагоприятном развитии событий приводит к **преэклампсии** — короткому промежутку времени, предшествующему непосредственно приступу эклампсии. И вот как раз здесь мы встречаем большую путаницу: по международной терминологии весь период гестоза — это «pre-eclampsia» (см. инфографику на с. 13)! И если менять названия соответственно зарубежным (что обязательно приходится делать, шифруя диагноз по МКБ-10, см. инфографику), тогда отечественный «гестоз» всё же становится «преэклампсией» лёгкой, среднетяжёлой и тяжёлой степени — и все положения по стратегии и тактике ведения пациентки надо механически перенести на новое понятие.

В отчётных документах Минздрава РФ в соответствии с МКБ-10 используется следующая классификация гестозов (преэклампсии):

1. Отёки, протеинурия, гипертензивные расстройства.
2. Преэклампсия и эклампсия.

нения г. Москвы) доказано, что несвоевременно поставленный диагноз «преэклампсия» (в том числе за счёт терминологических сложностей) приводит к запоздалому оказанию неотложной помощи и нередко завершается эклампсией. Отдельное выделение это-

[Несвоевременно поставленный диагноз «преэклампсия» (в том числе за счёт терминологических сложностей) приводит к запоздалому оказанию неотложной помощи и нередко завершается эклампсией.]

В работе Галины Михайловны Савельевой с соавт. (2010), посвящённой эклампсии в современном акушерстве, на основе анализа клинических наблюдений (51 история с эклампсией в учреждениях Департамента здравоохра-

го состояния, за которым следует приступ, чрезвычайно важно, потому что требует немедленной интенсивной терапии, чаще — родоразрешения наиболее щадящим методом в зависимости от акушерской ситуации.

Именно поэтому некоторые зарубежные авторы также настаивают на выделении в отдельное понятие того короткого периода, во время которого наступает «точка невозврата» для пациентки. Так, хотя и достаточно запоздало, было предложено слово *prestroke* (*stroke* — «удар», англ.). Забавный казус: перед лицом необходимости называть преэклампсией всё то, что раньше мы обозначили относительно мягким термином «гестоз», сегодня нам приходится искать новый термин, который в полной мере заменил бы нам прежнее понятие преэклампсии, характеризующейся классической триадой (головная боль, нарушение зрения и боли в эпигастрии) и знаменующей императивную потребность в начале ургентной терапии. Мы могли бы предложить аналогичный по смыслу термин, например «SOS» (Оленева М.А.) или «Полундра!» (Радзинский В.Е.).

Неинформативность параметров, влияющих на диагностику преэклампсии*

Российские данные	Зарубежные данные
АД	
Только у 25,5% женщин с преэклампсией АД превышает 160/100 мм рт.ст.	У 20–38% пациенток до приступа эклампсии величина АД составляет менее 140/90 мм рт.ст. ^{2,3}
Протеинурия	
У 25% больных с эклампсией протеинурии нет	У 14–30,7% больных с эклампсией протеинурии нет ^{4,5}
Оёки	
Анасарка — у 43,1%, умеренные оёки — у 7,8%, оёки голеней — у 7,8%, патологическая прибавка массы тела — у 3,9% пациенток с эклампсией. В 37,2% всех историй родов сведений о наличии оёков нет ⁴	

* Савельева Г.М. и соавт., 2010 год. Проанализирована 51 история болезни женщин с преэклампсией в учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы.

[Гестоз? Преэклампсия? Предупар? Острая мозговая дисфункция? SOS? Полундра?]

Как бы то ни было, вновь возникает необходимость помимо градации гестоза по степени тяжести внедрять некий дополнительный термин, обозначающий период-предвестник эклампсии.

Конечно, если будет найден адекватный международный термин, характеризующий реальную опасность развития эклампсии, то специалистам из разных стран будет значительно легче понимать друг друга. Авторы отдают себе отчёт в том, что рассмотрены могут быть самые разнообразные термины: «тяжёлая преэклампсия, предсудорожный период», «тяжёлая преэклампсия, преприступ», «предэклампсия», «преэклампсия, мозговая дисфункция» и т.д. Какой вариант подойдёт лучше всего и распутает узел терминологической путаницы?

Несомненно, подход к оценке тяжести гестоза должен быть комплексным. Авторы настоящей статьи в составе редколлегии объявляют дискуссию, открытую на страницах журнала, в группе ВКонтакте (vk.com/praesens) и на площадках научно-образовательных мероприятий в 2013 году.

Эволюция классификаций

Унифицированное понятие преэклампсии (которого в современном акушерстве, увы, пока нет) в конце XIX века ввёл французский акушер Бар (Baron). Образно излагая это понятие, он писал, что симптомы преэклампсии настолько характерны, что, будучи собраны в определённую группу, составляют особую клиническую картину, которую он назвал *preeclampsia, status preeclampsicus* (цитируется по Гентеру Г.Г.).

Как указывают проф. Э.К. Айламазян и проф. М.А. Репина (2012), за рубежом было предложено расширить понятие «преэклампсия», включив в него проявления всех стадий осложнений, предшествующих эклампсии, тем самым необдуманно **устранив понятие самого важного периода, наступающего непосредственно перед судорогами**. По данной классификации различают преэклампсию умеренной степени и тяжёлой (*mild and severe*), далее сразу — эклампсия. В созданных в нашей стране документах также упоминалась классификация по отношению к гестозам, состоящая из двух понятий: преэклампсия и эклампсия⁶. Однако практика показала нецелесообразность такой градации.

В настоящее время патогенез гестоза изучен хорошо. Большое значение в развитии этого патологического состояния имеет сочетание торможения инвазии цитотрофобласта в спиральные артерии матки, эндотелиальной дисфункции, оксидативного стресса, гиперкоагуляции, нарушений микроциркуляции. Пусковой механизм этих процессов окончательно не установлен. Известно только, что такого рода изменения в формирующейся плаценте в конечном итоге приводят к её гипоксии и способствуют развитию плацентарной недостаточности, а распространяясь на жизненно важные органы беременной, формируют специфические клинические проявления гестоза. Доказано, что при рано начавшемся гестозе частота различных осложнений в 1,5–3,4 раза выше, чем при позднем⁷.

Для скрининговой оценки тяжести гестоза была рекомендована схематичная шкала, предложенная проф. Г.М. Савельевой и проф. Р.И. Шалиной, однако, как и аналогичная шкала Р. Гоекс за рубежом, широкого практического применения она, к сожалению, не нашла.

Что касается клинического подхода к степени тяжести гестоза, то следует согласиться с рекомендацией проф. Э.К. Айламазяна и соавт. (2012): при сомнениях в определении следует склоняться к более тяжёлой степени.

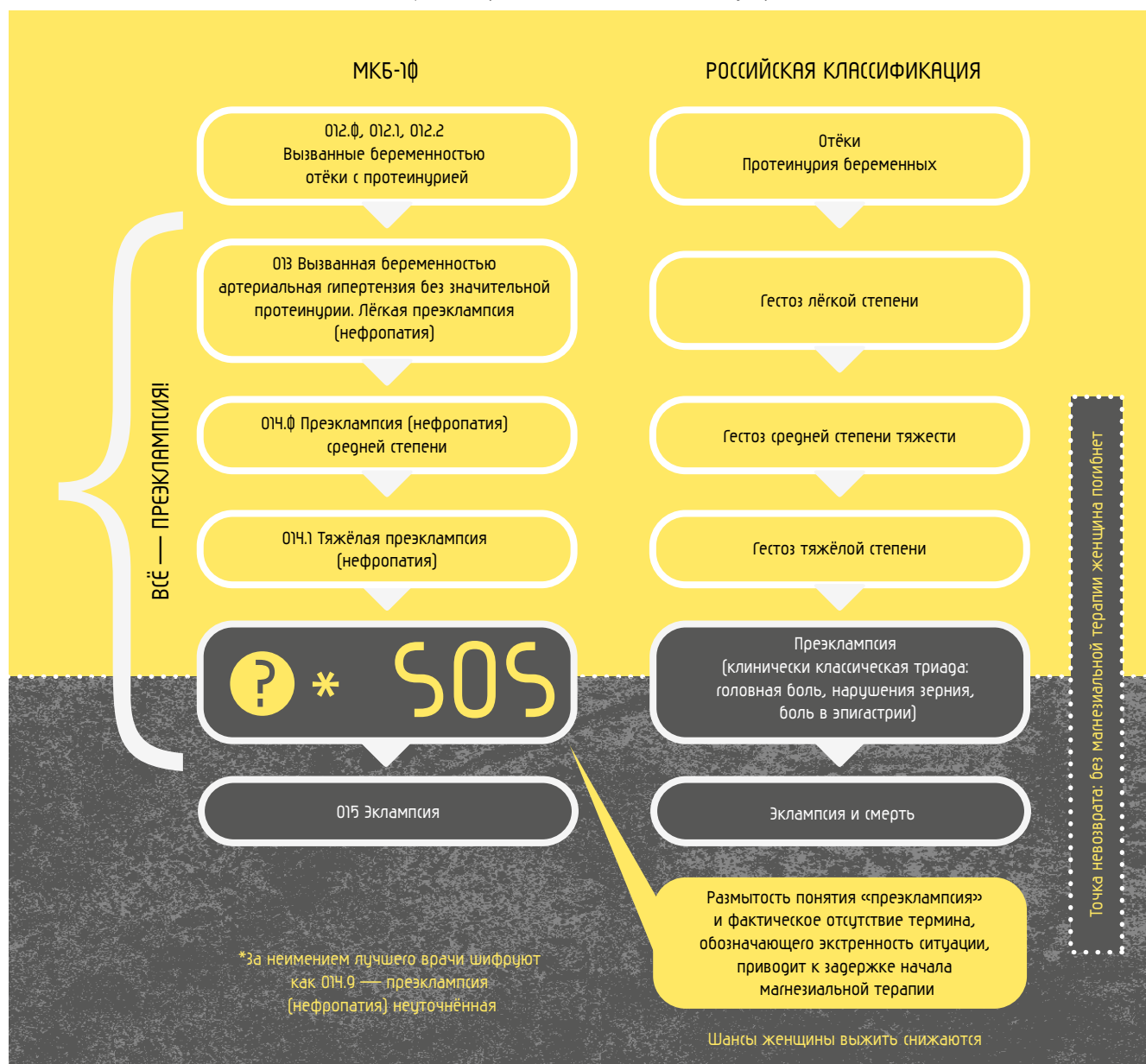
Если сравнивать российское понимание «преэклампсии» с зарубежным («тяжёлая преэклампсия»), то становится понятно, что положительные стороны есть и в той классификации, но некоторые аспекты не укладываются в наши представления.

Критерии тяжёлой преэклампсии:

- систолическое артериальное давление (АД) более 160 мм рт.ст. и/или диастолическое АД выше 110 мм рт.ст., зарегистрированные дважды с интервалом более 6 ч;

Гестоз, преэклампсия, эклампсия. Пробелы классификации — пробелы в неотложной помощи

Соответствие МКБ-10 и классификации Российского общества акушеров-гинекологов*



- протеинурия более 5 г/сут;
- олигурия менее 500 мл/сут;
- церебральные нарушения (головная боль, нарушение сознания, ухудшения зрения и т.д.);
- отёк лёгких или цианоз (не столько признак, сколько следствие);
- нарушение функции печени;
- тромбоцитопения;
- задержка роста плода.

Все ли симптомы обязательны?

И отечественные, и зарубежные результаты подтверждают, что цифры АД, характеризующие тяжёлую преэклампсию, не могут быть приняты однозначно, тем не менее оценка АД чрезвычайно важна, особенно в сравнении с исходной величи-

ной, — это обязательно следует учитывать, обследуя пациентку с гестозом (преэклампсией). При анализе сведений, объединённых в таблице, становится ясно, что **ни один из анализируемых параметров нельзя считать обязательным симптомом преэклампсии**. В то же время **в каждой третьей истории родов не было указаний на наличие или отсутствие отёков, что недопустимо⁴**, поскольку отёки очень

часто предшествуют развитию гестоза. Именно поэтому пункт «отёки беременных» не надо оценивать как гестоз, но и не следует исключать его из диагноза, имея в виду, что если выраженные отёки не устранять, то нередко впоследствии появляются артериальная гипертензия и протеинурия, то есть развивается гестоз⁸. При наличии скрытых или явных отёков целесообразно указывать в диагнозе: «отёки беременных»; назначать соответствующую диету, вести мониторинг состояния пациентки. Обобщая наличие симптомов, сопутствующих эклампсии (артериальная гипертензия, протеинурия, отёки), следует отметить, что в отечественных исследованиях **все три показателя наблюдались только у 58,8% беременных** (n=30), два — у 44,1% (n=23)⁴.

Встаёт следующий вопрос — обязательно ли у пациентки возникают характерные **жалобы** (головная боль, нарушения зрения, боль в эпигастрии) на фоне классической триады в период, называемый в России «преэклампсией»?

Головная боль отмечена у 41% женщин в отечественной работе и у 50–70% — по зарубежным данным^{2,4}. Тошнота, рвота, боль в эпигастрии — у 23,5% пациенток в сообщении российского авторства и у 12–19% по данным зарубежных коллег⁹. Нарушения зрения в отечественной практике отмечены у 11,8% пациенток, тогда как по данным литературы встречаются у 19–

30%². У 11,8% пациенток-россиянок жалобы отсутствовали (а скорее всего, не были адекватно учтены).

Практические выводы

Как же поступать практикующему врачу при такой неразберихе в терминологии? Пока что в работе с больными и, соответственно, с историями болезни необходимо по-прежнему обозначать признаки указанных осложнений беременности с характерной клинической картиной как гестоз лёгкой (I), средней (II), тяжёлой степени (III), преэклампсию и эклампсию.

Формат данной статьи не предусматривает детального рассмотрения тактики ведения беременных с гестозом различной степени тяжести; исключение сделано лишь для акцентирования огромной роли **магнезиальной терапии** в лечении тяжёлого гестоза. Для стандартизации лечения разработана универсальная схема. Эта тактика дозирования сульфата магния в зависимости от степени тяжести гестоза одобрена практикующими врачами как в России, так и во всём мире.

Инфузионная терапия должна быть ограничена количественно; при этом предпочтение следует отдавать кристаллоидам. Количественная чрезмерность инфузии (800–1000 мл) выявляется у некоторых пациенток во время кесарева сечения в виде свободной жидкости

в брюшной полости; наиболее неблагоприятное развитие событий — гибель женщины вследствие вклинения мозжечка на фоне гипергидратации.

Помимо магнезиальной терапии при признаках тяжёлого гестоза, преэклампсии и эклампсии важно **своевременное бережное родоразрешение**. При возможности ведения родов *per vias naturales* они должны сопровождаться адекватным обезболиванием. Метод выбора обезболивания — **эпидуральная анестезия**.

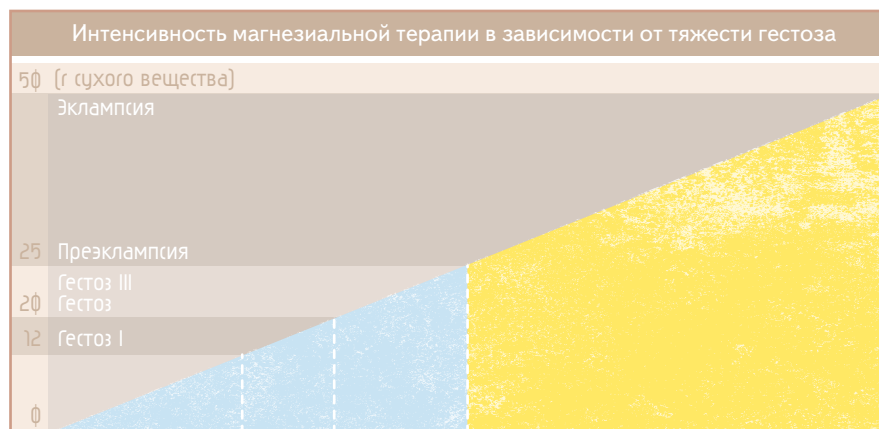
Анализ российских данных показал, что при лечении преэклампсии и эклампсии врачи слишком часто допускают довольно грубые ошибки⁴:

- недооценка состояния пациентки, отсутствие учёта симптомов преэклампсии — 19–36%;
- недостаточная и неадекватная противосудорожная терапия — 13–85%;
- полипрагмазия — 56%;
- большие объёмы вводимой жидкости с преобладанием коллоидов — 25,4%;
- неадекватное обезболивание в родах — 82,7% (!);
- неадекватная терапия в послеродовом периоде — 12–87%.



Целесообразность использования классификации гестозов в клинической акушерской практике, как и чётко определённой тактики ведения этих беременных, подтверждается данными работы московских больниц: если в период с 2003 по 2008 год частота эклампсии составляла 1:7000 родов в год, то в 2010–2011 годах почти в 2 раза меньше — 1:13 000 родов в год.

Вполне вероятно, что и это не предел и можно снижать статистику осложнений при беременности и дальше. В этом клиницистам существенно мог бы помочь международный консенсус по вопросам терминологии, однако пока он ещё не достигнут. Тем не менее нам и до тех пор есть чем заняться — критически осмысливать свои действия, делать осознанные назначения, искоренять собственные ошибки. **SP**



[Анализ российских данных показал, что при лечении преэклампсии и эклампсии врачи не всегда вводят нужные дозы магнезии.]

Беременные на баррикадах

24 декабря 2012 года в посёлке Борисоглебский, районном центре Ярославской области, беременные «вышли на баррикады». Они заняли родильный дом, протестуя против его закрытия.

Предыстория такова: региональные власти приняли решение с 1 января 2013 года сократить число акушерских коек в стационарах, по современным стандартам функционирующих неэффективно. И Борисоглебский роддом не единственный в этом списке. Под сокращение попадают акушерские койки в Даниловском, Пошехонском, Брейтовском, Некоузском, Мышкинском и Большесельском районах той же области, не получившие лицензию. Планируется, что после закрытия женщины из этих районов будут рожать в Ростове (а это примерно 200 км по не самым лучшим российским дорогам) или в Ярославском перинатальном центре (130 км).

Позицию женщин понять можно: их страшат многокилометровые поездки, вероятность родов в пути, а близость роддома, даже если это деревянный домик на несколько комнат, в котором размещалось Борисоглебское родильное отделение, создаёт определённую степень комфорта. В качестве контраргументов выдвигается позиция руководства областного департамента здравоохранения, которое утверждает, что 66 новорождённых (именно столько родилось в прошлом году непосредственно в Борисоглебске) — это менее половины общего числа детей, родившихся в районе. Остальные 82 новорождённых появились на свет в роддомах Ростова, Ярославля и других региональных центров. По мнению чиновников, эти цифры говорят сами за себя, ведь большее число женщин всё же выбрали комфорт и высокий уровень медицинского обслуживания, уехав из посёлка в другие родовспомогательные учреждения.

Принимая во внимание большой общественный резонанс, Минздравом была организована специальная комиссия для оценки ситуации. И вот официальное мнение, которое высказал руководитель комиссии, замдиректора департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава Олег Филиппов: «В этих роддомах принимают от восьми до 100 с небольшим родов в год — персонал попросту теряет навык. Навык не отрабатывается. Мануальные навыки для того, чтобы оказать мгновенную медицинскую помощь, должны тренироваться и подкрепляться ежедневно, а там, где специалисты ежедневно не сталкиваются с проблемами, не решают их, необходимый профессиональный уровень не поднимается». Кроме того, в проблемных родильных домах не всегда обеспечивались достаточные бытовые условия, отсутствовали неонатологи, а квалификация работающих не всегда обеспечивала принятие верного решения в критических акушерских ситуациях. Примером тому статистика, оказавшаяся не на стороне протестующих женщин: средний показатель младенческой смертности в Ярославской области составил 5,7‰, а в Борисоглебском районе оказался выше — 12,4‰ (2010 год), 6,8‰ (2011 год), 21,4‰ (2012 год).

«Ситуация, когда родоразрешение происходит в условиях, которые не минимизируют риски, а лишь позволяют



© Рамия Яришанов / Фотобанк Лори

[Действия областного Минздрава были признаны обоснованными, хотя вопросы перевозки рожениц в медучреждения более высокого уровня пока не решены.]

принять роды, напоминает русскую рулетку, — считает Олег Филиппов. — Может, конечно, повезти. Но если что-то пойдёт не так, вероятность, что ребёнок выживет и не останется инвалидом, что жива останется мать, сводится к минимуму».

Именно поэтому действия областного Минздрава были признаны обоснованными, хотя вопросы перевозки рожениц в медучреждения более высокого уровня остались непроработанными, и пока ещё не прошла испытание практикой организационная работа женских консультаций по формированию потоков таких пациенток.



Contra- version

Для библиографических ссылок

• Руднева О.Д. Преждевременные роды: джунгли контраверсий. Коллегиальное обсуждение проблемы // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 17–22 • Бебнева Т.Н., Роговская С.И., Минкевич К.В. Безальтернативность профилактического пути в снижении распространённости заболеваний шейки матки // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 24–29 • Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Колесникова Н.Б., Сурина М.Ю. Контролируемые тракции в активном ведении III периода родов: за и против // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 32–35.

преждевременные роды: джунгли контраверсий

Коллегиальное обсуждение проблемы



Автор: Ольга Дмитриевна Руднева, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва)

Синдром преждевременных родов: причины неизвестны, диагностика затруднена, лечение дискуссионно, результаты непредсказуемы, затраты колоссальны.

Проф. Жан Карло Ди Ренцо, президент FIGO
The 13th World Congress OGI, Berlin, 2010

16 ноября 2012 года слушатели тематического заседания №13 («Истмико-цервикальная недостаточность: новости доказательной медицины»), прошедшего в рамках Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни», покидали зал в приподнятом настроении — в арсенале мирового научного сообщества и, следовательно, практикующего врача, для борьбы с преждевременными родами появились новые виды вооружения. Сражение за нормальную продолжительность беременности ещё не проиграно.

Невесёлые цифры

Начало заседания не было оптимистичным: в своём выступлении «Предикторы риска преждевременных родов: синопсис и алгоритмы» проф. Юлия Викторовна Давыдова (Украина, Киев) сообщила, что статистика, к сожалению, пока не на нашей стороне. По данным исследования «Born Too Soon» («Рождённые слишком рано»), проведённого в 2012 году при участии почти 50 организаций (включая Глобальный альянс по предотвращению преждевременных родов — GAPPS), как минимум каждый десятый ребёнок (11,1%) рождается раньше положенного срока. Ежегодно в мире регистрируют 15 млн преждевременных родов; лидируют в рейтинге страны Южной Азии

и Судано-Сахельского региона* (из указанных 11,1% на них приходится 60%).

«Даже если во всех странах мира будут предприняты все известные нам меры, мы сможем предотвратить лишь 8% досрочных родов, и тогда этот показатель составит 13,8 млн в год, — заявляет Крэйг Рубенс (Craig Rubens, MD, PhD), исполнительный директор GAPPS и один из составителей отчёта по результатам исследования. — Этот отчёт как тревожный колокол оповещает нас о глобальности проблемы преждевременных родов и необходимости срочного проведения масштабных исследований и привлечения дополнительных ресурсов». Между тем, целью программы до 2025 года было объявлено снижение частоты досрочных родов на 50% в странах с уровнем неонатальной смертности 5 и более на 1000 живорождённых. Для стран, в которых указанный уровень менее 5, поставлены иные задачи — свести к минимуму число предотвратимых случаев недонашивания и сосредоточиться на реабилитации рождённых преждевременно детей с целью предотвращения негативных последствий для их здоровья¹.

* Судано-Сахельский регион — тропическая саванна в Африке с однотипным климатом между Сахарой на севере и более плодородными землями на юге; регион проходит поперечным поясом через весь африканский континент, довольно густо населён при чрезвычайной бедности его жителей.

Недонашивание как синдром

Последующие выступления были несколько оптимистичнее, поскольку предлагали конкретную программу действий. Проф. Наталья Игоревна Тапильская (Санкт-Петербург, доклад «Истмико-цервикальная недостаточность как фактор риска преждевременных родов. Коррекция с точки зрения доказательной медицины») напомнила аудитории о состоявшейся в 2009 году конференции GAPPs, где было решено сформировать рабочую группу для создания принципиально новой, единой (последовательной и всеобъемлющей) системы классификации преждевременных родов.

Всё дело в том, что врачу следует мыслить о досрочных родах как о синдроме, имеющем определённый набор этиологических факторов и проявлений. И чтобы улучшить ситуацию с преждевременными родами, стоит выявлять причины, и потом уже воздействовать

на них (инфекционные заболевания, ИЦН и т.д.).

Результатом работы над новой классификацией стала серия из трёх статей, опубликованных в «Американском журнале акушерства и гинекологии» в феврале 2012 года. В первой статье высказываются предположения о том, какие методы определения гестационного срока можно считать наиболее точными, какие клинические и этиологические фенотипы недоношенности существуют, нужно ли включать в классификацию случаи многоплодной беременности и мертворождения, а также приемлемо ли комбинировать в ней различные патогенетические варианты². Результаты обсуждения представлены во второй статье — авторы предложили признать преждевременными все роды с 16-й по 39-ю неделю гестации, включая прерывание беременности и мертворождение³. Основой классификации, согласно общему решению, должны стать «клинические фенотипы» преждевременных родов,

определяемые по значимым факторам риска со стороны матери, плода и плаценты, а также по модели начала родовой деятельности (спонтанной или индуцированной). Подробную классификацию мы приводим в инфографике с примером формулировки диагноза.

В третьей статье продемонстрированы возможности практического применения созданной системы. Очевидно, что при описанном подходе будет зарегистрировано большое количество различных сценариев, этим объясняется невозможность создания «простой» классификации, которая позволила бы понять этиологию преждевременных родов и разработать действенные профилактические меры. Теперь же можно чётко определить существующие «фенотипы» недонашивания и провести анализ заболеваемости по ним между разными странами и учреждениями. Равным образом становится возможным проведение исследований, изучающих этиологию несвоевременного завершения беременности, на основании принадлежности к выделенным фенотипам⁴.

Факторы риска преждевременных родов

Немодифицируемые факторы риска	Потенциально модифицируемые факторы риска
Преждевременные роды в анамнезе	Индукцированная беременность
Преждевременная дилатация внутреннего зева (более 2 см) и укорочение шейки матки (более чем на 80%)	Интервал между беременностями менее 6 мес
Аномалия развития или травматическое повреждение шейки матки	Анемия
Аномалия развития матки	Инфекция мочевыводящих путей или бактериурия
Перерастяжение матки (многоплодная беременность, многоводие)	Заболевания пародонта
Вагинальное кровотечение	Генитальные инфекции, включая бактериальный вагиноз, гонорею, хламидиоз, трихомониаз, а также инфекции, вызываемые стрептококком группы В
Возраст менее 18 или более 40 лет	Курение
Отсутствие патронажа беременной	Наркомания
Низкий социально-экономический статус	Психологический стресс
Низкая масса тела до наступления беременности	Проживание отдельно от партнёра
Недостаточное питание	
Принадлежность к африканской расе	

Стратификация риска

Особый акцент проф. Н.И. Тапильская и проф. Ю.В. Давыдова сделали на том, что минимизировать последствия недонашивания и недоношенности для матери и новорождённого невозможно без тщательной стратификации риска и обеспечения преемственности в оказании акушерской помощи на всех этапах. Факторы, которые на сегодняшний день «обвиняются» в причастности к досрочному завершению беременности, перечислены в таблице⁵.

Наиболее значимыми признаны два фактора — преждевременные роды в анамнезе и текущее укорочение шейки матки; эти факторы позволяют отнести беременную в группу высокого риска преждевременных родов.

Обсуждая современные диагностические возможности, проф. О.А. Пустотина и проф. Ю.В. Давыдова в своих выступлениях подчеркнули, что уменьшение длины шейки матки по данным трансвагинального сонографического исследования служит наилучшим прогностическим маркёром угрозы прерывания беремен-

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ КАК СИНДРОМ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛАССИФИКАЦИЮ И ФОРМУЛИРОВКУ ДИАГНОЗА (ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ)*

ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ

МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ

- Инфекция за пределами матки
- Хориоамнионит
- Травма, полученная матерью
- Прогрессирование существующего заболевания матери
- Разрыв матки
- Преэклампсия/эклампсия

ПЛОДОВЫЕ ФАКТОРЫ

- Внутриутробная гибель плода
- Задержка роста плода
- Нарушение ЧСС/ухудшение показателей биофизического профиля плода
- Инфекция/синдром воспалительного ответа плода
- Аномалии развития плода
- Аллоиммунная анемия плода
- Многоводие
- Многоплодная беременность (синдром фето-фетальной трансфузии, антенатальная гибель одного из плодов)

ПЛАЦЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ

- Хориоамнионит (по данным гистологического исследования)
- Отслойка плаценты
- Предлежание плаценты
- Другие аномалии плаценты

ПРИЗНАКИ НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВ НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

СВИДЕТЕЛЬСТВА НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Укорочение шейки матки
- Преждевременный разрыв плодных оболочек
- Регулярные сокращения
- Дилатация внутреннего зева
- Кровотечение
- Спонтанное начало

РОДРАЗРЕШЕНИЕ

РОДЫ ИНДУЦИРОВАННЫЕ ИЛИ ОПЕРАТИВНЫЕ

- По клиническим показаниям
- По решению врачебного консилиума
- Без документированных показаний
- С целью прерывания беременности
- Спонтанное развитие родовой деятельности

СПОНТАННЫЕ

- Сокращения регулярные
- Сократительная активность матки усилена медикаментами

РОДЫ ПОСЛЕ 16-Й НЕДЕЛИ, НО РАНЕЕ 38-Й НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ



ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ФЕНОТИПИЧЕСКОГО (СИНДРОМНОГО) ДИАГНОЗА:

Преждевременные роды на 29-й неделе гестации.

Причинно-значимые факторы: падение ЧСС плода (плодовый фактор), признаки преждевременной отслойки плаценты (плацентарный фактор). Материнские причинно-значимые факторы отсутствуют. Роды оперативные.

* Villar J, Papageorgiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA, Kramer M, Culhane JF, Barros FC, Conde-Agudelo A, Bhutta ZA, Goldenberg RL. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. Am J Obstet Gynecol. 2012 Feb;206(2):119-23. Review.

ности^{6,7}. Второй по достоверности показатель, на который может положиться практикующий врач, — **фетальный фибронектин**, определяемый в вагинальном секрете (его наличие говорит о возможном неблагоприятном исходе беременности)⁵. Простой в выполнении, надёжный, хотя и недешёвый тест до сих пор не получил распространения на территории нашей страны. Однако, как заметил модератор заседания проф. В.Е. Радзинский, проблема заключается вовсе не в цене, а в отсутствии спроса — многие лаборатории даже не знают о существовании такой пробы. Между тем хорошо известно, что именно спрос рождает предложение и формирует стоимость услуги на рынке. Врачам достаточно заявить о своём желании внедрения этого способа диагностики в рутинную практику — и дело сдвинется с мёртвой точки!

Ответ на вопрос «Когда же измерять длину шейки матки?» также был дан проф. Ю.В. Давыдовой. У женщин из группы низкого риска по развитию преждевременных родов средние значения длины цервикального канала при измерении с 14-й по 30-ю недели гестации составляют от 35 до 40 мм (10-й перцентиль равен 25 мм, 90-й — 50 мм). Определение в этой группе длины цервикального канала, равной 25 мм и меньше, означает вероятность досрочных родов лишь у 18% беременных, а для женщин из группы высокого риска — уже у 55%^{4,8}. Поскольку чаще всего укорочение шейки матки и дилатация внутреннего зева развиваются в интервале между 18-й и 22-й неделями, этот период и следует считать оптимальным для проведения диагностики (тем более что именно в этом интервале проводят пренатальный скрининг II триместра беременности). Однако для беременных из группы очень высокого риска целесообразно организовать исследование с 14-ю по 18-ю неделю, так как в этом случае более раннее

выявление уменьшения длины канала шейки матки означает снижение вероятности преждевременных родов с 70 до 40%. К сожалению, рекомендации относительно сроков проведения повторного УЗИ пока отсутствуют⁷.

Развивая тему стандартов диагностики угрожающих преждевременных родов, проф. Ю.В. Давыдова подчеркнула, что оценивать только субъективные клинические данные (боли в области поясницы, внизу живота и структурные изменения в шейке матки) неприемлемо — в этом случае лечение получают на 60% женщин больше, чем это действительно нужно.

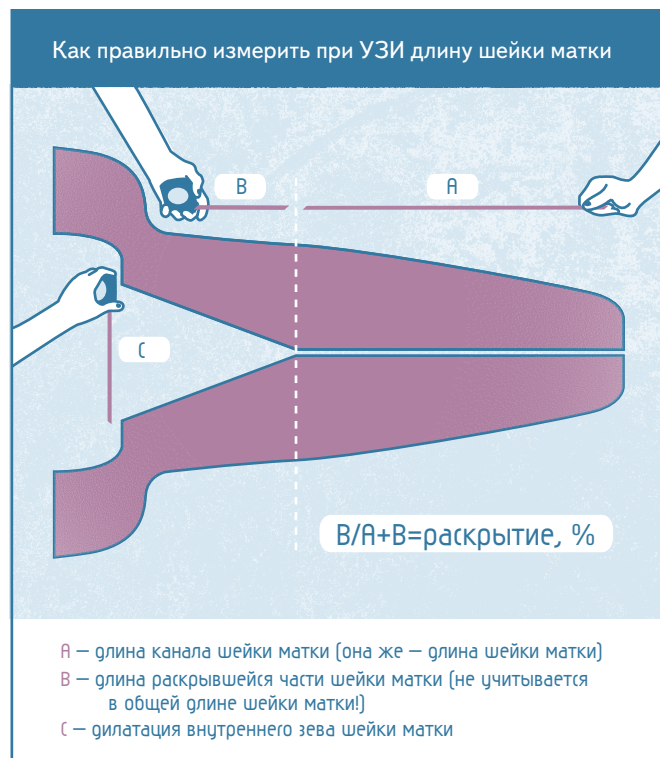
Нюансы УЗИ шейки матки

Данные процитированы по материалам выступления «Ультразвуковая оценка длины шейки матки и диаметра цервикального канала. Протоколы и будущие стандарты». Автор — **канц. мед. наук Елена Сергеевна Емельяненко** (Москва), специалист Фонда фетальной медицины профессора К. Nicolaides (Лондон, Великобритания)⁸.

1. Мочевой пузырь должен быть пустым — наполненный, он удлиняет шейку матки.
2. Следует использовать трансвагинальный датчик с рабочей частотой 5 МГц.
3. Место расположения датчика — передний свод влагалища.
4. Структуры, подлежащие идентификации, — эндоцервикс, внутренний и наружный зев.
5. Во время исследования следует избегать давления датчиком на шейку матки. Оказывать давление (с разумной интенсивностью) нужно на дно матки — у 5% беременных длина цервикального канала при этом может измениться, тогда регистрации подлежит наименьшее из полученных значений.
6. Изображение следует увеличить (75% и более).
7. Измерять надлежит расстояние строго от наружного до внутреннего зева.
8. Оптимальная схема измерения — серия из трёх исследований с интервалом 3 мин между ними.
9. Если шейка матки изогнута, допускается её измерение «по прямой», так как короткая шейка матки изогнутой быть не может.
10. Дилатация внутреннего зева более 5 мм не даёт больше информации, чем длина цервикального канала, что позволяет ограничиваться измерением последней.

Смена терапевтических эпох

О причинах укорочения и «созревания» шейки матки при угрозе преждевременных родов проф. **О.А. Пустотина** уже сообщала в прошлом номере журнала, но мы позволим себе сделать это ещё раз. Итак, виновник всего — падение уровня **прогестерона**, что вызывает снижение порога возбудимости волокон миометрия с одновременным повышением их чувствительности к окситоцину и освобождение α -адренорецепторов от блокирующего влияния^{9–11}.



В настоящее время контраверсий в вопросах предотвращения досрочных родов довольно много, поскольку происходит смена терапевтических подходов. Заканчивается эпоха повсеместного длительного, бесконтрольного и бесполезного применения β -миметиков — право на жизнь осталось только у достоверно эффективной схемы антенатального токолиза (1–3 дня). Ей на смену уверенно идёт эпоха этиологически обоснованного применения препаратов прогестерона, и преимущества этого метода были всеобъемлюще представлены докладчиками в ходе заседания. Итак, согласно данным международных исследований, интравагинальное применение прогестерона у женщин с укороченной шейкой матки во II триместре беременности ассоциировано со **снижением риска преждевременных родов** до 32 нед на 50%, до 33 нед — на 45%, до 35 нед — на 38%.

Эти результаты в полной мере подтверждают токолитическое действие натурального прогестерона, которое обусловлено блокированием $F_{2\alpha}$ и α -адренергической стимуляцией, усилением β -адренергических влияний, снижением концентрации рецепторов окситоцина, снижением синтеза простагландина $F_{2\alpha}$, подавлением синтеза ИЛ-8 эпителиальными клетками нижних отделов половых путей. Есть дополнительные преимущества и в отношении неонатальных исходов — это снижение таких показателей, как частота развития респираторного дистресс-синдрома, частота рождаемости детей с массой тела меньше 1500 г, суммарная неонатальная заболеваемость и смертность. К тому же у метода нет зарегистрированных побочных эффектов^{6,7,12,13}.

Режим дозирования в целях профилактики преждевременных родов в группе высокого риска довольно прост — это ежедневное применение 90–200 мг препарата натурального прогестерона (в форме геля или вагинальных капсул), либо еженедельные внутримышечные инъекции препарата синтетического прогестерона (к применению разрешен 17-ОПК и только у повторнобеременных). Терапию следует начинать с момента верификации диагноза и продолжать до 36 нед гестации^{5,13}, заручившись информированным согласием женщины.



© Monkey Business Images / Фотобанк Лори

Всё хорошо в меру

Вне сомнения, назначение препаратов прогестерона должно быть строго обоснованным. В дискуссии, разгоревшейся после заседания, проф. Ильдар Фаридович Фаткуллин (Казань) высказал мнение, что данных о долгосрочном влиянии различных препаратов прогестерона на здоровье детей пока недостаточно, и большинство исследований предусматривают наблюдение за их ростом и раз-

беременным (справедливости ради нужно отметить, что аналогичных данных о препаратах натурального прогестерона пока нет)¹⁰. Проф. Ю.В. Давыдова во время своего доклада подчеркнула, что биоидентичный эндогенному микронизированный прогестерон — наиболее безопасный выбор в отношении гестационной поддержки.

Erny R. et al. (1986), Noblet G. et al. (1991), da Fonseca et al. (2007) и др. изучали вопросы безопасности

[Оценивать только субъективные клинические данные неприемлемо — в этом случае лечение получают на 60% женщин больше, чем это действительно нужно.]

витием лишь в течение 2 лет после рождения. Тем более что недавно появились ограничения к применению препаратов синтетических гестагенов — результаты исследования, проведённого Национальным институтом здоровья США в ноябре 2012 года, говорят об их неэффективности при назначении перво-

натурального прогестерона. Результаты их исследований дают основания утверждать, что **микронизированный прогестерон не обладает токсическим и тератогенным действием** и безопасен для плода. В своем докладе проф. О.А. Пустотина отметила, что профилактическое интравагинальное применение

ние по показаниям прогестерона — это действительно безопасная альтернатива β -адреномimetикам. Мировое медицинское сообщество рекомендует значительно сократить применение этой группы препаратов у беременных по причине выраженности побочных эффектов. Средства этой группы целесообразно использовать при уже начавшихся преждевременных родах

другие настаивают на необходимости начала терапии при длине шейки матки 15–20 мм^{6,7,14}. Здесь важно отметить, что «упустить» этот момент — фатально для предотвращения преждевременных родов. Назначение прогестерона при длине цервикального канала менее 10 мм, вероятнее всего, успеха не принесёт — при такой длине шейки матки не выполняет свою барьерную функцию

[Рождение недоношенного ребёнка — это 70% случаев ранней неонатальной смертности и 50% ранней неонатальной заболеваемости.]

с целью краткосрочной пролонгации беременности (острого токолиза), за время которой врачи должны успеть провести профилактику респираторного дистресс-синдрома и довести пациентку до специализированного учреждения III уровня.

В завершение дискуссии **проф. Ольга Фёдоровна Серова** вернула аудиторию к основной теме заседания — возможности профилактики преждевременных родов, особенно ранних, с помощью прогестерона для интравагинального применения. Недоношенный ребёнок — это 70% случаев ранней неонатальной смертности и 50% ранней неонатальной заболеваемости. Рождённый в 22–26 нед имеет очень высокие шансы остаться инвалидом, поэтому следует использовать любую возможность пролонгирования беременности, особенно если методика получила мощную доказательную базу.

Контраверсии в работе

В конце заседания собравшиеся подвели своеобразный итог, обозначив круг нерешённых проблем и контраверсий по теме преждевременных родов и истмико-цервикальной недостаточности.

1. При какой длине шейки матки показано применение прогестерона?

Мнения по этому вопросу расходятся. Одна группа исследователей полагает, что критической следует считать длину шейки матки 25 мм^{8,13}, тогда как

по отношению к восходящей инфекции, а это снижает чувствительность рецепторов к вводимому прогестерону¹³.

2. Нужно ли назначать препараты прогестерона при положительном фибриноновом тесте?

Здесь мнение проф. Ю.В. Давыдовой отличается от мнения АCOG, не рекомендующего применение обсуждаемых препаратов при наличии фетального фибриногена во влагалищном секрете⁵.

3. Есть ли необходимость в дополнительном введении прогестерона при выполнении цервикального скрепжжа?

В этом вопросе рекомендации АCOG, отрицающие такую необходимость⁵, прямо противоположны рекомендациям отечественным¹⁴.

4. Нужно ли назначать препараты прогестерона при многоплодной беременности?

Данные международных и отечественных исследований пока не дают убедительного ответа на этот вопрос. Однако есть сведения, что при интравагинальном применении прогестерона были отмечены тенденции к снижению частоты преждевременных родов, а также существенное падение суммарного показателя неонатальной заболеваемости и смертности¹³. Будем надеяться, что дальнейшие исследования (которые уже проводятся) прояснят ситуацию¹⁵.

5. Обоснован ли тотальный скрининг с целью повышения эффективности профилактики преждевременных родов?

В этом вопросе также приходится надеяться на проводимое в настоящее время проспективное исследование, по-

скольку доказательства, существующие на сегодняшний день, разноречивы^{5,13,16}. Мы, в свою очередь, спешим заверить наших читателей, что о результатах указанных проспективных исследований мы сообщим, как только они будут опубликованы.

Подводя итог, можно сказать, что на данный момент довольно целесообразным (с точки зрения доступности и комплаентности) для профилактики преждевременных родов представляется назначение **препаратов натурального прогестерона для ежедневного интравагинального применения в дозе 100–200 мг**. На территории Российской Федерации зарегистрирован препарат «Утрожестан», в инструкции которого, помимо I триместра, зафиксирована возможность применения до конца II триместра. В III же триместре беременности врачу для такого назначения необходимо заручиться информированным согласием пациентки, что следует из методического письма Минздрава от 16 декабря 2011 года №15-4/10/2-12700 «Преждевременные роды».

Добавим, что для абсолютно корректного оформления своих рекомендаций врачу следует дополнительно сделать соответствующую запись в истории родов.



Итак, современный врач действительно достаточно хорошо вооружён для продолжения борьбы за длительность каждой беременности, развитие которой он наблюдает. В арсенале его борьбы есть и разведанные (актуальная информация), и оперативный анализ генштаба для планирования наступления или контр наступления на противника (высокотехнологичные методы диагностики), и, наконец, тяжёлая артиллерия эффективных лекарственных препаратов с мощной доказательной базой. Сомнений в победе быть не может!

Превентивные стратегии в профилактике преждевременных родов — вот единственный путь, которым должен сегодня следовать прогрессивный акушер-гинеколог. **SP**

Библиографию см. на с. 94–95.



Повторяя
совершенство
природы



Реклама

Утрожестан® — натуральный
микронизированный
прогестерон, формула
которого на 100% идентична
натуральному





шейка матки в эпицентре контраверсий

Безальтернативность профилактического пути в снижении
распространённости заболеваний шейки матки



Авторы: Тамара Николаевна **Бебнева**, канд. мед. наук, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития (Москва); Светлана Ивановна **Роговская**, докт. мед. наук, вице-президент Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазиям (Москва); Константин Владимирович **Минкевич**, канд. мед. наук, СПбГМУ им акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

Копирайтинг: канд. мед. наук Галина Сильвестрова, канд. мед. наук (Светлана Маклецова)

Тематика своевременной диагностики заболеваний шейки матки, мастер-классы по кольпоскопии, протоколы цервикального скрининга живо интересуют российских врачей (отчёт о том, «Как это было» в рамках форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни», читайте на с. 30–31). И увлечься есть чем. С одной стороны, несмотря на свои относительно небольшие размеры, шейка матки довольно сложно организована, в связи с чем столь разнообразны заболевания данной локализации. С другой стороны, практически все нарушения можно без особых усилий визуализировать прямо при первом осмотре пациентки. Однако не всё так очевидно в цервикологии — вдумчивое изучение проблемы обнажает некоторые разночтения, при детальном рассмотрении формирующие интереснейшие контраверсии ведения данной группы женщин.

У женщин репродуктивного возраста заболевания шейки матки составляют 10–15% всех гинекологических нарушений^{1,2}. Они представлены богатым спектром патологических состояний — от относительно «безобидной» истинной эрозии, не требующей особого лечения, до запущенного рака шейки матки. При этом если разобраться, то опасность раковых заболеваний в целом с высоты сегодняшнего развития медицины не так уж и сложно преодолевается **самым разумным средством в истории человечества** — ранним выявлением предраковых состояний. Однако на этом пути стоят три больших препятствия.

Начать следует с того, что для развития рака шейки матки нужно как минимум 5–7 лет. Установление онкологического диагноза на ранних стадиях позволяет излечить пациентку более чем в 90% наблюдений. Неужели за 5 лет женщина хотя бы раз не пришла к гинекологу? Ведь по мере прогрессирования злокачественного новообразования 5-летняя выживаемость стремительно падает и составляет всего 15% для женщин с IV стадией цервикального рака. Однако, действительно, традиции регулярных посещений врача-гинеколога (хотя бы раз в 2 года) пока ещё не вошли в повседневность среднестатистической россиянки — и это как раз и есть та самая первая

[В 70–90% причиной ложноотрицательных цитологических ответов становится некачественный забор материала для исследования.]

проблема: чтобы выявить цервикальную неоплазию на ранних стадиях, элементарно **нужно, чтобы женщина пришла к врачу**. Повлиять на мотивацию непришедших женщин врач, конечно же, не в силах. Тем активнее нужно использовать все возможности амбулаторного осмотра каждой пациентки, уже переступившей, несмотря ни на что, порог врачебного кабинета, ведь, как было сказано выше, у каждой седьмой—десятой будет обнаружено то или иное цервикальное заболевание.

Второе препятствие — **недостаток регламентирующих документов**, касающихся цервикального скрининга. Сегодня публикуется слишком много противоречивых источников, доказывающих целесообразность той или иной диагностической методики, однако единого документа, разработанного и утверждённого профессиональной ассоциацией, до настоящего времени нет. А чёткий алгоритм обследования, единый для всех гинекологов, для успешной и ранней постановки диагноза жизненно необходим. Полномасштабная разработка такого алгоритма идёт довольно активно, и проект «Протокола по скринингу рака шейки матки», разработанный инициативной группой научного комитета Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни», уже опубликован в журнале StatusPraesens №4[10] за 2012 год, с. 59–63.

Третьим препятствием следует назвать прямое следствие второго — это **дефицит информации и знаний** у практикующих врачей.

В настоящей статье авторы, продолжая идеологию безальтернативности цервикального скрининга, акцентируют внимание на трёх основных его компонентах. Это кольпоскопия, цитологическое исследование и выявление ВПЧ.

Один раз увидеть

Кольпоскопию относят к обязательным рутинным методам оценки состояния шейки матки^{3,4,5}, в том числе в России. Неожиданная замена ноября 2012 года — новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», пришедший на смену широко известному приказу 808н и утверждённый приказом Минздрава Российской Федерации от 01.11.12 № 572н, в приложении №3 содержит «Стандарт оснащения женской консультации». Реалии наших дней таковы: в кабинете акушера-гинеколога кольпоскоп должен быть обязательно, причём это устройство названо четвёртым пунктом, сразу после кресла, светильника и набора инструментов.

Кольпоскопический метод диагностики заболеваний нижнего отдела половых путей немецкий гинеколог Ганс Гинзельман (H. Hinselmann) предложил сравнительно недавно, в 1925 году. Здесь, кстати, сразу важно обратить внимание, что, несмотря на терминологическую нацеленность метода исключительно на шейку матки (греч. colpos), кольпоскопию действительно с самого начала применяли в том числе для осмотра всей области нижних половых путей и вульвы* (хорошее освещение и 40-кратное оптическое увеличение существенно расширяют возможности человеческого глаза).

Сегодня процедура вошла в признанный мировой диагностический минимум гинекологического обследования. Тем не менее тут не обходится без контраргументов. В некоторых странах Европы показанием к проведению кольпоскопии считают обнаружение аномальных клеток при цитологическом исследовании либо визуальные изменения на шейке матки, однако в российских реалиях принято проводить обязательную кольпоскопию в рамках именно рутинного гинекологического осмотра.

* См. статью С.И. Роговской «Говорить на одном языке» в журнале StatusPraesens №4(10) за 2012 год, с. 26–29.

Реалии статистики

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют около полумиллиона новых случаев рака шейки матки, каждый второй заканчивается смертью пациентки в течение года после постановки диагноза. В экономически развитых странах наблюдают тенденцию к омоложению заболевших — доля женщин репродуктивного возраста за 10–15 лет увеличилась вдвое. В Российской Федерации заболеваемость раком шейки матки уже несколько лет держится на уровне 10,8 на 100 тыс. женского населения, летальность составляет 5 на 100 тыс. женщин¹.

Вероятно, Европа принимает во внимание существенное ограничение кольпоскопической методики — слабую специфичность при обнаружении плоскоклеточных интраэпителиальных поражений в первую очередь низких степеней (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion — LSIL: CIN I и CIN II). После метаанализа 86 статей по эффективности кольпоскопии для выявления заболеваний шейки матки, опубликованных с 1960 по 2006 год, стало очевидно, что эффективность кольпоскопического различения нормы/заболевания составляет 96 и 48% соответственно, а диагностика поражений ткани низких/высоких степеней (LSIL и HSIL) — 69 и 82% соответственно⁶. Эти цифры были дополнительно подтверждены в ходе итальянской скрининговой про-

граммы по раку шейки матки — чувствительность кольпоскопии для LSIL составила 51%, а для HSIL — 63% (около 27 тыс. участников, при сравнении с цитологическим исследованием)⁷.

Как бы то ни было, полагаться на результаты изолированной кольпоскопии при выставлении диагноза российским врачам не приходит в голову, несмотря на распространённость методики. Для постановки диагноза все вполне обоснованно считают обязательным получить заключение цитолога.

Цитология for ever

Цитологический контроль — более специфичный метод для диагностики рака шейки матки^{8,9}, чем кольпоскопия,

поскольку точнее верифицирует разные варианты метаплазии. Это общее сравнительное заключение было бы однозначно верным, если бы к нему не была необходима приписка — при сочетании с грамотно проведённым забором материала **во время кольпоскопии!**

Слаженная работа экспертов-цитологов и кольпоскопистов сводит к минимуму возможность диагностических ошибок. Заодно это позволяет сократить неоправданно широкое применение эксцизионных методов лечения в тех случаях, когда за пациентками с заболеваниями шейки матки можно динамически понаблюдать.

Эффективность цитологического скрининга, несомненно, зависит от чувствительности самого цитологического исследования, которая, по данным разных исследователей, тоже не 100-процентная: от 66 до 83%^{2,8,10}. И (sic!) важная практическая контраверсия: в 70–90% причиной ложноотрицательных цитологических ответов становится **некачественный забор материала** для исследования и лишь в 10–30% случаев — ошибочная интерпретация цитологических данных. Причём из двух зол — ложноотрицательных результатов и ложноположительных — последние не так страшны: как правило, диагностическую ошибку исправляют после дополнительной кольпоскопии и прицельной биопсии. Ложноотрицательный же результат, к сожалению, может выявиться через неопределённый срок — в виде жёсткого онкологического диагноза.

Выход из диагностического тупика — освоение метода прицельной биопсии под кольпоскопическим контролем: всего 37% реально существующих HSIL можно диагностировать, взяв материал методом случайной биопсии из разных квадрантов¹¹. Однако специфичность этого метода применительно к LSIL и дифференциальной диагностике с метаплазией, хроническими цервицитами тоже невысока: лишь в 20% биопсий из внешне атипичной зоны трансформации шейки матки была обнаружена цервикальная интраэпителиальная неоплазия, в остальных — признаки хронического цервицита. Таким образом, подтвердился любопытный факт: то, что при кольпоскопическом осмотре выглядит

Помочь выбраковать вирус

При носительстве ВПЧ-инфекции онкогенных типов целесообразно назначение препарата на основе активированной глицирризиновой кислоты («Эпиген»). Для ускорения элиминации рекомендуется обрабатывать шейку матки, распыляя лекарственное средство в виде спрея (до удаления кондилом — 3 раза в сутки на весь период этиотропной терапии, после деструктивного лечения — 5 раз в сутки в течение 10 дней или до полной эпителизации).

С целью профилактики прогрессирования папилломавирусной инфекции следует применять препарат до и после полового акта, а также при воздействии провоцирующих факторов (стресс, переутомление, респираторные вирусные инфекции, нарушение микрофлоры, приём антибиотиков, цитостатиков) 3 раза в день интравагинально.

При клинических формах папилломавирусной инфекции спрей на основе активированной глицирризиновой кислоты рекомендуется применять в качестве подготовки к оперативному лечению — 3 раза в сутки на весь период этиотропной терапии, после деструктивного лечения — до 5 раз в сутки. Такая схема ведения не только снизит вероятность осложнений в послеоперационном периоде (препарат оказывает иммуностимулирующее и противовоспалительное действие), но и достоверно ускорит эпителизацию.



№1 и №3. Кольпоскопическая картина после обработки 3% раствором уксусной кислоты. Видна неровная мелкопапиллярная поверхность (№1) с мелкой и более крупной крапчатостью (№3), характерная для папилломавирусного поражения.

№2. Кольпоскопическая картина после пробы Шиллера. Слизистая оболочка с неровной поверхностью, видны белесоватые точки — папиллярные разрастания.



© Владимир Егубаба / Фотобанк Лори

[Вирус папилломы человека онкогенных типов можно обнаружить более чем в 99% гистологических образцов, взятых у больных раком шейки матки.]

как неоплазия, является ею на самом деле только в пятой части случаев. Вообще воспалительный процесс любого генеза существенно затрудняет трактовку кольпоскопических картин, маскирует реальные предраковые изменения или, наоборот, их имитирует, именно поэтому следующей практически значимой контраверсией следует признать частое ошибочное цитологическое исследование на фоне вагинита и цервицита. На самом деле алгоритм должен быть таким: при неудовлетворительной кольпоскопии нужно вначале обследовать пациентку на ИППП и провести бактериологическое исследование вагинальной жидкости, затем обеспечить этиотропное лечение и лишь после его успешного завершения — контрольное обследование (расширенная кольпоскопия с цитологическим исследованием мазка).

Эмпирическая терапия воспалительных заболеваний шейки матки требует местного применения антисептиков широкого спектра действия, и в мире до настоящего времени доказательной базой обладают всего три препарата этой группы: йод, хлоргексидин и деквалиния хлорид. Эти вещества активно подавляют размножение различных грамположительных и грамотрицательных кокков, грамотрицательных бактерий (*Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*), простейших (*Trichomonas vaginalis*) и грибов (*Candida albicans*, виды *non-albicans*).

Для использования деквалиния хлорида («Флуомизин») есть дополнительные причины: короткий курс терапии (ежедневное применение по одной вагинальной таблетке на ночь в течение 6 дней), возможность назначения при беременно-

сти и лактации. Важно, что до настоящего времени при более чем 20-летнем сроке применения антисептика в странах Европы случаев выработки резистентности у патогенов, как облигантных, так и факультативных, к деквалиния хлориду не обнаружено.

Вирусные риски

Третьей необходимой составляющей скринингового обследования на заболевания шейки матки (после кольпоскопии и цитологического исследования) следует считать диагностику папилломавирусной инфекции.

Роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в этиологии рака шейки матки доказана окончательно и неоспоримо^{12,13}. Распространённость папилломавирусной инфекции половых органов в разных формах настолько велика (у 30,3% населения и у 44,3% обратившихся к гинекологу), что на научных конгрессах стало модно говорить о **необъявленной пандемии ВПЧ**. Тем не менее многочисленные эпидемиологические исследования и анализ естественного течения папилломавирусной инфекции позволили сделать два ценных обобщения.

1. ВПЧ онкогенных типов обнаруживают более чем в 99% гистологических образцов, взятых у больных раком шейки матки (таким образом, персистенция папилломавирусной инфекции — необходимое условие развития цервикального рака). Свыше 30 типов ВПЧ способны поражать эпителиальные покровы нижних отделов половых органов,

Алгоритм цервикального скрининга согласно рекомендациям Американского онкологического сообщества (2012 год)

Возраст <21

Проведение скрининга не рекомендовано; тест на наличие ВПЧ не следует выполнять ни в рамках скрининга, ни в случае выявления ASC-US*

Возраст 21–29

Рекомендовано проведение цитологического исследования каждые 3 года

Если при выполнении цитологического исследования у ВПЧ-позитивных женщин обнаружены ASC-US:**

1. Повторное цитологическое исследование.
2. Кольпоскопия.
3. Определение ДНК ВПЧ.

Если при выполнении цитологического исследования у ВПЧ-позитивных женщин обнаружены LSIL или более тяжёлое поражение:

1. Кольпоскопия.
2. Забор материала из цервикального канала по показаниям.
3. Повторное цитологическое исследование.
4. Определение ДНК ВПЧ.

Пациенткам всех перечисленных групп рекомендовано повторное цитологическое исследование через 3 года¹⁴

Тест на наличие ВПЧ в указанной возрастной группе выполнять не следует

Возраст 30–65

Одновременное выполнение теста на наличие ВПЧ и цитологического исследования (предпочтительно)

Если при выполнении цитологического исследования обнаружены ASC-US (у ВПЧ-позитивных женщин) или LSIL (а также более тяжёлое поражение), рекомендации аналогичны таковым для предыдущей возрастной группы

В большинстве случаев тест на наличие ВПЧ без цитологического исследования выполнять не рекомендуется

При отсутствии патологических изменений (по результатам цитологического исследования) у ВПЧ-позитивных женщин возможны следующие варианты тактических действий:

1. Повторное проведение цитологического исследования и теста на наличие ВПЧ через 12 мес
2. Тестирование на наличие ВПЧ 16-го или 18-го генотипов
 - А. Если результат теста положительный, показано проведение кольпоскопии
 - Б. Если результат теста отрицательный, рекомендовано повторное проведение цитологического исследования и теста на наличие ВПЧ через 12 мес

Если при выполнении цитологического исследования патологические изменения не обнаружены или обнаружены ASC-US у ВПЧ-негативных женщин, рекомендовано повторное цитологическое исследование и тестирование на наличие ВПЧ через 5 лет

Проведение цитологического исследования каждые 3 года (допустимо)

Если при выполнении цитологического исследования обнаружены ASC-US* (у ВПЧ-позитивных женщин) или LSIL (а также более тяжёлое поражение) — рекомендации аналогичны таковым для возрастной группы 21–29 лет

Если при выполнении цитологического исследования патологические изменения не обнаружены или обнаружены ASC-US** у ВПЧ-позитивных женщин, рекомендовано повторное цитологическое исследование через 3 года

Возраст >65

Проведение скрининга не требуется, если ранее не было выявлено патологических изменений
Женщины с CIN II, CIN III и *cancer in situ* в анамнезе нуждаются в скрининге на протяжении как минимум 20 лет

Состояние после гистерэктомии

Проведение скрининга не требуется, если у пациентки удалена шейка матки; если в течение последних 20 лет не было выявлено патологических изменений (CIN II, CIN III, CIS) или в ситуациях, когда в анамнезе нет рака шейки матки

Вакцинированные против ВПЧ

Обычные рекомендации в соответствии с возрастом (те же, что и для невакцинированных)

* Atypical squamous cell of undermined significance — атипические эпителиальные клетки неясного значения.

** При обнаружении ASC-US проводится тест на наличие ВПЧ для принятия решения о дальнейших действиях.

причём ВПЧ типов 6, 11, 42, 43 и 44 классифицированы как типы низкого риска, а 16, 18, 31, 33, 35, 39, 48, 51, 52, 58 — более высокого риска развития рака. Самыми онкогенными признаны типы 16 и 18⁸.

2. Получены данные о высокой частоте самопроизвольной элиминации вируса и регрессии имеющихся изменений, которые быстрее происходят у подростков (8 мес по данным CDC, 1999 год), чем у пациенток следующих возрастных категорий. Так, при наблюдении группы молодых женщин персистенцию ВПЧ при повторном обследовании через год выявляли только у 30% женщин, а через 2 года — всего у 9%. Клиническая регрессия цервикальных изменений произошла у 80% пациенток; таким образом, прекращение ВПЧ-носительства у женщин 15—25 лет наблюдается в среднем через 1,5—2 года после инфицирования.

Именно поэтому авторы большинства рекомендаций призывают к щадящей выжидательной тактике ведения подростков, инфицированных ВПЧ. Поскольку регрессия заболевания у женщин старше 25 лет наблюдается реже, им показана более активная тактика с применением местных иммуномодулирующих средств^{1,15}.

Новости 2012 года

Новые рекомендации Американского онкологического сообщества (переиздание 2012 года)¹⁶ предлагают следующие взаимоотношения компонентов скринингового обследования — цитологического исследования и ВПЧ-тестирования.

Отличительной особенностью алгоритма скринингового обследования, рекомендованного Американским онкологическим сообществом, оказалось резкое ограничение обследования женщин молодого возраста на наличие ВПЧ, что продиктовано, с одной стороны, экономической составляющей, а с другой — высокой вероятностью спонтанной элиминации вируса у молодых женщин. С учётом большой длительности развития патологического процесса наибольшее внимание следует уделять женщинам в возрасте 30—65 лет, когда вирусная инфекция

[Авторы большинства рекомендаций призывают к щадящей выжидательной тактике ведения подростков, инфицированных ВПЧ.]



© Сергей Лаврентьев / фотобанк Лори

наиболее часто реализуется в онкологическое поражение шейки матки. В этой возрастной группе цитологическое исследование нужно сочетать с ВПЧ-тестированием.

Выявление ВПЧ-инфекции без цитологического обследования составители рекомендаций считают нецелесообразным. Российские же реалии таковы, что нередко акушеры-гинекологи готовы охотиться на ВПЧ даже при неизменённой шейке матки.



Ключевая контраргументация цервикологии: с одной стороны — огромная потребность населения в диагностике и лечении заболеваний шейки матки, с другой — информационный дефицит и организационные сложности, препятствующие профессиональному росту врача и получению профессиональных знаний в данной области. В этом контексте весьма ценно, что интернет предоставляет специалистам доступ к необходи-

мой информации практически из любой точки мира, и значительным подспорьем в подготовке экспертов-кольпоскопистов стал портал для практических обсуждений и обучения «Cervix uteri» (www.cervix-uteri.ru). Задача этого русскоязычного ресурса — не только помочь врачам в овладении кольпоскопической методикой, но и облегчить доступ к нововведениям в диагностических и лечебных технологиях, ко вновь внедряемым организационным формам работы, средствам профилактики и реабилитации больных. Общение и обучение в рамках профессионального врачебного портала позволяет сравнить российские и зарубежные рекомендации и стандарты, обсудить кольпоскопические снимки, проконсультироваться с коллегами (в том числе в online-режиме) и убедиться в мировой применимости своих знаний и опыта. **SP**

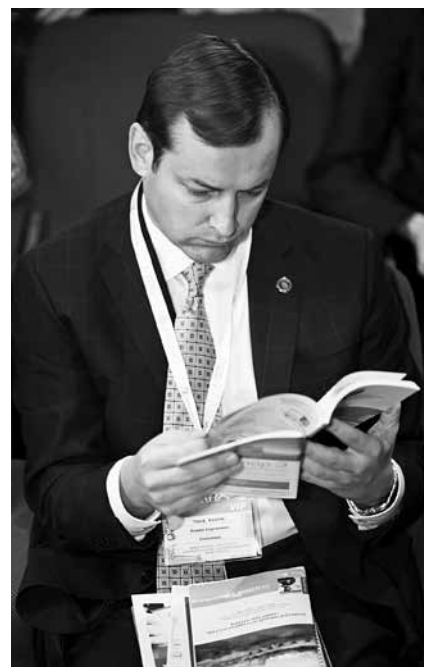
Библиографию см. на с. 94—95.

на виражах аншлага

Когда сотрудники оргкомитета StatusPraesens планировали мероприятия на 2012 год, предполагалось, что ноябрьский Международный междисциплинарный форум «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» соберёт в Москве примерно 800–900 делегатов. Кто мог подумать, что заявленные темы и формат обсуждения окажутся настолько привлекательными для практикующих врачей и организаторов здравоохранения, что будет зарегистрировано в 2 раза больше — 1792 участника!

Полный аншлаг, проверка организаторов на прочность. Несмотря на то что для форума были забронированы наибольшие по вместимости залы отеля «Рэдиссон Славянская», мест в залах не хватало даже с учётом множества дополнительных стульев. Заинтересованные слушатели старались использовать каждый свободный квадратный метр. Так, в зале на 250 мест одновременно ухитрились расположиться 478 человек. В моменты особого ажиотажа была экстренно организована трансляция презентаций и звука в одно из помещений программы форума, а профессора-докладчики, закончив своё выступление, с энтузиазмом комментировали наиболее интересные моменты для посетителей, расположившихся у плазменных экранов в дополнительном зале. Некоторые делегаты эмоционально сожалели, что интересные для них заседания проходят одновременно в разных залах, — видимо, научная программа и впрямь оказалась захватывающей! 138 докладов, 11 симпозиумов, два мастер-класса, три заседания с выдачей сертификатов — неудивительно, что по результатам анкетирования абсолютно все ответившие сообщили, что участие в форуме несомненно пригодится им в практической деятельности.





Мы рады пригласить вас на следующее крупное мероприятие — Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: уральские чтения. Контраверсии повседневной жизни», который состоится с 10 по 12 апреля 2013 года в гостеприимной столице Урала. Насыщенная, увлекательная научная программа, масштабная выставка, горячие дискуссии, симпозиумы и мастер-классы — регистрация открыта!

«По количеству желающих участвовать в данных мероприятиях в следующий раз вполне подойдёт стадион. Также с коллегами обсуждали концепцию Дворца Съездов».
Старший менеджер по препаратам, компания-участник форума

Отчёт о проведении мероприятия, фото и видео — на сайте «Статус презенто»: <http://praesens.ru/542>



тянуть или не тянуть?

Контролируемые тракции в активном ведении
III периода родов: за и против



Авторы: Наталья Владимировна **Артыук**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 Кемеровской ГМА; Татьяна Юрьевна **Марочко**, доц. той же кафедры; Наталья Борисовна **Колесникова**, заместитель директора Кемеровского областного клинического перинатального центра им. Л.А. Решетовой; Мария Юрьевна **Сурина**, аспирант той же кафедры

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

Согласно данным ВОЗ (2005), четверть материнских смертей в мире происходит по причине массивных акушерских кровотечений — в результате уходят из жизни около 128 тыс. женщин в год¹. В России (2010) кровотечения в структуре материнских потерь занимают второе место после экстрагенитальных заболеваний и обеспечивают хотя и меньше, чем по общемировой статистике, но всё равно немало — в среднем 16% материнских смертей.

Именно послеродовой период — самый «кровавый» и опасный в плане тяжёлых кровотечений; в нашей стране каждый третий случай гибели женщины вследствие акушерского кровотечения происходит именно в это время (34,8%). Противопоставить печальной статистике врач может только свои знания и мастерство, в том числе методику активного ведения III периода родов во всём многообразии её неоднозначно полезных компонентов. И вот здесь-то как раз нужно понять, какие её составляющие обязательно должны быть в неё включены, а без каких можно (или даже нужно) обойтись.

По определению ВОЗ, послеродовое кровотечение — клинически значимая потеря более 500 мл крови при вагинальных родах и более 1000 мл при кесаревом сечении. Один из наиболее влиятельных факторов риска послеродового кровотечения — удлинение III периода родов. Согласно рекомендациям ВОЗ (2007), активное ведение III периода родов (АВТПР) подготовленными (!) специалистами следует предлагать всем женщинам — как раз с целью профилактики послеродового кровотечения. При этом на АВТПР надлежит оформлять информированное согласие пациентки¹.

Разные трактовки

Тем не менее, казалось бы, общий для всех термин «АВТПР» в разных литературных источниках трактуют неодинаково. Разница в определениях основана на доказательствах и дискуссиях относительно его индивидуальных компонентов. Самым распространённым стало определение, приведённое в **кокрановском систематическом обзоре** 2000 года², согласно которому АВТПР состоит из трёх компонентов:

- 1) введение утеротоника после рождения ребёнка;
- 2) раннее пережатие и пересечение пуповины;
- 3) контролируемые тракции за пуповину.

Рекомендации **FIGO** и **Международного общества акушеров (ICM)** подразумевают под понятием «АВТПР», помимо введения окситоцина в течение 1 мин после рождения ребёнка и рождения плаценты путём контролируемых тракций за пуповину, также массаж матки через переднюю брюшную стенку вплоть до её сокращения (2006)^{3,4,5}. Инструкции **ВОЗ** 2007 года аналогичны¹.

Почему столь влиятельные организации уделяют этой теме так много внимания? Потому, что доказано: АВТПР — достаточно полезная процедура, достоверно снижающая частоту кровотечений объёмом более 500 и 1000 мл^{6,7}. Однако роль отдельных компонентов АВТПР, в частности контролируемых тракций за пуповину, до сих пор остаётся широко обсуждаемой^{8,9,10,11}.

Технику тракций, к сожалению, специалисты тоже понимают недостаточно точно, зачастую подразумевая под ней «выдёргивание плаценты за пуповину», а не лёгкое потягивание с целью плавного выведения **уже отделившегося** последа. Важно, что обе эти методики совершенно различны, поэтому только от самого специалиста, выполняющего эту процедуру, зависит, станут ли тракции механизмом, снижающим кровопотерю и, следовательно, риск материнской смертности.

Контраверсии вокруг тракций

Процитируем ещё одну доказательную публикацию. Систематический обзор, выполненный в 2011 году, объединил семь исследований: шесть — в странах с высоким доходом и одно — с низким (всего 8247 женщин). Четыре работы сравнивали активную тактику ведения III периода родов (профилактическое введение утеротоника, раннее пережатие пуповины, контролируемые тракции для выведения плацен-

ты) с выжидательной (ожидание самостоятельного отделения и выведения последа), три работы — активную с активно-выжидательной. В группе полного пакета АВТПР отмечено значимое — почти в 3 раза — снижение частоты кровотечений (ОР 0,34; 95% ДИ 0,14–0,87), и поэтому у пациенток реже возникала потребность в гемотрансфузии и дополнительном применении утеротоников. Группы не различались по частоте массивных кровотечений более 2500 мл, материнской летальности и неонатальной заболеваемости. Авторы исследования сделали **вывод о практической целесообразности АВТПР**, настаивая при этом на оформлении информированного согласия женщины с выбранной заранее тактикой ведения III периода родов.

Интересно, что исследователи выказали озабоченность в отношении некоторых компонентов АВТПР, потенциально способных повысить риски для здоровья новорождённого. Однако это не были тракции — авторы опасались раннего пережатия пуповины и возможных побочных эффектов некоторых утеротоников. В качестве крайне типичной для систематических обзоров рекомендации авторы отметили необходимость дополнительных исследований АВТПР в странах с низким доходом¹².

В марте 2012 года были опубликованы результаты многоцентрового (16 клинических центров) рандомизированного контролируемого исследования¹³, целью которого было выяснить, насколько повышается риск массивных кровотечений (более 1000 мл), если при АВТПР не использовать контролируемые тракции за пуповину вовсе.

[АВТПР достоверно снижает частоту кровотечений объёмом более 500 и 1000 мл. Однако роль контролируемых тракций за пуповину до сих пор остаётся широко обсуждаемой.]

Основную группу, в которой применяли неполный пакет АВТПР без тракций, составили 11 861 пациентка. В группу контроля были включены 11 820 рожениц, у которых АВТПР применяли в полном объёме.

Результаты оказались более чем любопытными: отношение рисков кровопотери 1000 мл и более лишь незначительно отличается от единицы, составляя 1,09 (95% ДИ 0,91–1,31), — вероятность кровотечений при отсутствии тракций практически не повышается. Кроме того, при полном пакете АВТПР наблюдали один случай выворота матки. Практический вывод исследователей: **отсутствие контролируемых тракций за пуповину очень незначительно влияет на риск тяжёлого кровотечения, а программа профилактики кровотечения в негоспитальных условиях может быть ограничена своевременным введением окситоцина**.

Итак, данные противоречивы: нужны тракции или можно обойтись и без них? В попытке ответить на этот вопрос авторы настоящей статьи провели внутрибольничное рандомизированное контролируемое исследование.

Большая работа

В анализ вошли данные о 800 женщинах, родоразрешённых через естественные родовые пути в Кемеровском областном клиническом перинатальном центре в период с 2011 по 2012 год. Первую группу составили 400 пациенток, которым выполняли полный пакет АВТПР, а вторую — 400 женщин, получавшие пакет, из которого были исключены контролируемые тракции за пуповину. Оценивали первичные и вторичные исходы.

- Первичные: объём кровопотери в III периоде родов (измеряли гравиметрическим методом) и частота кровопотери 500 мл и более.

- Вторичные: частота гемотрансфузий, назначения дополнительных утеротоников для коррекции послеродового кровотечения, послеродовый уровень гемоглобина и гематокрита матери, частота ручного отделения плаценты, применения дополнительных хирургических процедур (баллонная тампонада, перевязка сосудов, гистерэктомия и др.).

В полный пакет АВТПР вошли такие компоненты: 1) инъекция утеротоника сразу после рождения ребёнка (10 ЕД окситоцина внутримышечно); 2) контролируемые тракции за пуповину (их проводили только те специалисты, которые

прошли подготовку по этой методике в проекте «Мать и дитя», 2008—2009); 3) массаж матки после рождения плода. Неполный пакет исключал тракции.

Результат: отличий нет

Вывод оказался ожидаемым: статистически значимых различий в группах не было. Объём кровопотери составил в среднем 223 мл в обеих группах ($p=0,984$). Степень снижения гематокрита также не различалась: 23 и 20% в первой и второй группах соответственно ($p=0,302$). Одинаково часто приходилось дополнительно назначать утеротоники: 16,5 и 17,2% ($p=0,733$). Послеродовые кровотечения также возникали примерно с одинаковой частотой: 1,75 и 2,5% ($p=0,245$).

Ручное отделение плаценты проводили семи женщинам группы полного пакета АВТПР (1,75%) и 11 пациенткам из группы АВТПР без контролируемых тракций (2,75%) — и опять статистической значимости различий не зафиксировано ($p=0,245$). Гемотрансфузия понадобилась одной роженице первой группы (0,25%) и двум (0,5%) — из второй. Дополнительные хирургические вмешательства (баллонная тампонада полости матки) использо-

ваны у одной женщины (0,25%) первой группы и у двух женщин (0,5%) второй.

После родов у всех женщин статистически значимо снизился гематокрит. Однако в группе полного пакета АВТПР исходный уровень гематокрита составил в среднем 36,5, после родов — 34,8 ($p<0,0001$); в группе, где тракций не осуществляли, — 37 и 35,4 соответственно ($p<0,0001$); т.е. послеродовой гематокрит после тракций падал в достоверно ($p=0,045$) большей степени, чем при выжидательной тактике. По уровню гемоглобина после родов статистически значимых различий между группами не установлено.

Зачем, если можно не делать?

Авторы исследования пришли к довольно однозначным выводам. Контролируемые тракции за пуповину **не влияют** на объём кровопотери в III периоде родов, частоту послеродовых кровотечений, гемотрансфузий, использования дополнительных утеротоников, послеродовый уровень гемоглобина, частоту ручного отделения плаценты и применения дополнительных хирургических процедур. Даже наоборот, контролируемые трак-

Небезопасное родовспоможение: альтернативная позиция

«...Если плацента ещё не отделилась, то всякие манипуляции в последовом периоде (продолжительность которого может составлять 30 мин) — введение утеротоников, потягивание за пуповину, массаж матки, пальпация её через область пупка — приводят к нарушению механизмов отделения плаценты, задержке её частей, а при плотном её прикреплении к стенке матки — к акушерскому вывороту. При этом на фоне мышечной релаксации, которая как раз и обеспечивает растяжение вульвы и промежности для рождения ребёнка, через узкую половую щель может проскользнуть и вывернуться, как перчатка наизнанку, матка вместе с последом — и выпасть из влагалища.

Чем больше насилие, тем чаще могут возникать эти осложнения. И если выворот матки 30 лет назад был исключительной редкостью в российских роддомах, то при "активном", неумелом ведении последового периода на фоне окситоцина и последующих тракций за пуповину частота выворотов возросла более чем в 10 раз. Почему я так много пишу об этом? Потому что неправильно перевели ре-

комендации ВОЗ и стали вводить окситоцин очень поздно: не ранее как через 1 мин, а то и через 5 мин после рождения ребёнка. "Within one minute of the delivery of the baby" дословно переводится как "в течение 1 мин после рождения ребёнка". Тем не менее даже в английском учебнике "Акушерство от десяти учителей", выдержавшем уже 17 изданий и переведённом на русский язык в 2004 году под редакцией В.Н. Серова, указывается, что вводить окситоцин следует в момент рождения переднего плечика.

Почему же эксперты ВОЗ слегка изменили сроки введения окситоцина? По-видимому, потому, что участились роды двойней, а акушерки и невнимательные врачи могут не заметить, что кто-то там ещё остался в родовых путях... Вот поэтому и возникла необходимость сделать добавление, против правил, — что вначале, прощупав живот, стоит убедиться, нет ли в матке второго плода...»

Проф. Н.В. Старцева, доклад «Активное ведение III периода родов» на конференции «Естественные роды — роды XXI века» в Ярославле, январь 2009 года.

ции за пуповину обращались для пациенток статистически значимо большим снижением уровня гематокрита после родов.

Таким образом, каких-либо важных преимуществ контролируемых тракций, даже выполненных отдельно подготовленными специалистами, в отношении первичных и вторичных исходов родов не обнаружено. При этом более чем вероятно, что у не прошедшего отдельную подготовку специалиста (того, который «выдёргивает», а не «плавно выводит уже отделившийся послед») результаты могут быть даже хуже.

Публикации Кохрейновского сообщества безусловно подтверждают, что АВТПР в целом — чрезвычайно полезная методика: она достоверно снижает частоту послеродовых кровотечений более 500 и 1000 мл (а значит, и риск материнской смерти), частоту дополнительного применения утеротоников и гемотрансфузий. Однако не исключено, что следует пересмотреть подходы к контролируемым тракциям за пуповину, особенно проводимым неквалифицированными специалистами. Так, по мнению ВОЗ (2007), при отсутствии введения утеротоников тракции за пуповину сопряжены со значительным риском.

В последнем руководстве ВОЗ по профилактике и лечению послеродовых кровотечений (2012) термин «активное ведение III периода родов» отсутствует, но конкретизированы рекомендации относительно отдельных его компонентов. В том числе отмечена необходимость применения окситоцина — или других утеротоников, если окситоцин не доступен, — у всех женщин для профилактики кровотечений. Массаж матки рекомендован только с целью терапии, а не профилактики кровотечения; следует лишь регулярно проверять тонус матки. Указано, что для **некоторого** снижения кровопотери и продолжительности III периода вагинальных родов рекомендованы контролируемые тракции за пуповину — но только в присутствии специально обученного персонала. Если специалисты для оказания помощи при родах отсутствуют, контролируемые тракции за пуповину специалисты ВОЗ не рекомендуют¹⁴.

Кого же ВОЗ считает обученным специалистом? Это может быть, конечно, не только акушер-гинеколог, акушерка, но и подготовленная медсестра или вообще не медицинский работник, обученный оказанию помощи при родах. Поэтому вопрос о необходимости обучения контролируемым тракциям за пуповину активно обсуждался на XX конгрессе FIGO в Риме (октябрь 2012 года). И, несмотря на активную дискуссию, было решено продолжить обучение специалистов этому вмешательству, поскольку с позиций сегодняшних знаний она позволяет пусть незначительно, но снизить риск кровотечений.

Однако как быть в нашей большой стране — стоит ли переучивать огромную армию медицинских работников, которые на протяжении многих десятилетий вели III период родов иначе? И какова цель: пока ещё однозначно недоказанное и явно незначительное снижение кровопотери и продолжительности III периода родов?



Но у АВТПР в целом, безусловно, есть и сторонники, и противники. Одни утверждают, что проведены широкомасштабные исследования, доказывающие сокращение кровопотери в родах вдвое. И это хорошо. Другие, не подвергая



© Lux / Fotolia

[Каких-либо важных преимуществ контролируемых тракций, даже выполненных подготовленными специалистами, в отношении первичных и вторичных исходов родов не обнаружено.]

сомнениям качество доказательств, апеллируют: если вместо допустимых и неопасных для роженицы 200 мл она потеряет всего 100 мл, то так ли это будет полезно для женщины? Ведь беременность в целом сопровождается повышением объёма циркулирующей крови, и кровопотеря при родах — естественный механизм физиологического возврата к нужным для небеременной женщины параметрам кровеносного русла.

Как бы то ни было, нельзя заранее с точностью сказать, какой объём кровопотери будет в послеродовом периоде у конкретной женщины (хотя заподозрить, опираясь на факторы риска, вполне возможно), а соответственно, полностью отказаться от АВТПР вряд ли удастся. Однако проводить его следует максимально безопасно для пациентки, будучи более наблюдателем, исполненным внимания, чем хирургом.

Зачастую рациональна позиция невмешательства, когда природа может сделать всё за нас сама, с минимальными рисками. Часто требуется выдержка, чтобы вовремя «убрать руки от пациентки», — и порой это самое важное, что может сделать акушер-гинеколог. **SP**

Библиографию см. на с. 94–95.



ЧТО и требовалось
доказать

StatusPraesens

Для библиографических ссылок

• Рябинкина Т.С., Маклецова С.А. Комбинация из лактобактерий и эстриола в лечении нарушений экосистемы влагалища: обзор доказательств // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 37—43 • Манухин И.Б. Лечение беременных с бактериальным вагинозом и аэробным вагинитом в I—II триместрах беременности // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 46—50 • Радзинский В.Е., Ордиянц И.М. Исследование БИОС: сравнительная оценка различных схем лечения бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 52—55.

ГОРИЗОНТЫ ДОСТОВЕРНОСТИ

Комбинация из лактобактерий и эстриола в лечении нарушений экосистемы влагалища: обзор доказательств



Авторы: Татьяна Сергеевна Рябинкина, канд. мед. наук
Светлана Александровна Маклецова, StatusPraesens

Если в поисковой строке ресурса Национальной медицинской библиотеки США www.pubmed.com ввести словосочетание «bacterial vaginosis», система выдаст более 3200 результатов — публикаций, соответствующих весьма строгим требованиям к качеству исследований. Первые из них датированы ещё 1970–1980-ми годами, и с тех пор научный интерес к проблеме только повышается, а багаж знаний обрастает новыми данными, теоретическими и практическими подробностями. Прочтёшь все предлагаемые авторами из разных стран мира публикации по этой теме, конечно, невозможно, особенно клиницистам, работающим в условиях жёсткого временного дефицита.

Именно для этого и существует доказательная медицина, в рамках которой авторитетные специалисты анализируют самые значимые публикации и суммируют полученные данные в виде обзоров. В настоящей статье мы представляем реферат одного из таких обзоров, написанного ведущими мировыми специалистами и посвящённого практическим аспектам бактериального вагиноза. В обзор вошли 10 исследований работ, охвативших в общей сложности 1182 пациентки¹.

Мы живём на территории бактерий или они — в гостях у людей? Вопрос риторический, если учесть данные, полученные в проекте «Микробиом человека»: до 2011 года ВОЗ насчитывала всего 1300 видов микробов, населяющих здоровый человеческий организм, однако уже год спустя стало известно — их 10 000, а объём их генетического материала в 360 раз больше человеческого². Среди сонма микроскопических сожителей человека помимо симбионтов имеются условно-патогенные и патогенные микроорганизмы, однако в норме нежелательную агрессию микромира удаётся сдерживать, и в этом совокупная заслуга как иммунитета, так и симбионтной микрофлоры³.

Если говорить о влагалищной экосистеме, то для её равновесия нужны несколько компонентов: анатомическая целостность половых путей, достаточное количество эстрогенов, полноценный

эпителий и физиологическая численность лактобактерий. У здоровой женщины круг причин и следствий замкнут: вагинальная среда контролирует существующие штаммы бактерий, а микрофлора, в свою очередь, поддерживает свою среду обитания, защищая её от патогенных микроорганизмов¹. Созревание эпителия влагалища, как и связанное с ним развитие лактобактерий, обеспечивается эстрогенами⁴, — вероятно, именно поэтому у женщин в постменопаузе, когда усугубляется дефицит собственных эстрогенов, наблюдают признаки атрофии влагалищного эпителия, нередко в сочетании с бактериальным вагинозом, вагинитом и диспареунией⁵.

Таким образом, для коррекции микрoэкологических вагинальных нарушений с патогенетической точки зрения обоснованно введение во влагалище извне **лактобактерий** (доказавших свои «таланты») **в комбинации с эстрогеном**.

Подобным средством стал препарат (зарегистрированный в нашей стране под названием «Гинофлор Э»), содержащий жизнеспособные *Lactobacillus acidophilus* штамма KS400 (100 млн КОЕ в таблетке) и микродозу эстриола (0,03 мг). Авторы посвятили свой обзор научным публикациям, суммирующим и обосновывающим целесообразность подобной комбинации.

Особый агент KS400

Лактобактерии (род *Lactobacillus*) у здоровых женщин репродуктивного возраста во влагалище доминируют; их концентрация в вагинальном секрете достигает 10^7 – 10^8 КОЕ/мл¹. Тем не менее равновесие экосистемы динамическое — количество доминирующих симбионтов и качественный состав микрофлоры могут колебаться в определённых пределах без возникновения патологических состояний^{2,3,6}. Ещё несколько лет назад почти все лактобактерии «по умолчанию» считались принадлежащими виду *Lactobacillus acidophilus*, однако на самом деле внутри этой группы существуют различные виды, такие как *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. gasseri*,

В этих условиях штамм *L. acidophilus* KS400 образовывал большое количество **молочной кислоты**¹ — за 6–12 ч инкубации её уровень в питательной среде увеличился примерно на 5 мг/мл, а pH культуры снизился на 2 единицы или больше. Способность этого штамма закислять вагинальную среду также была подтверждена в **клинических** испытаниях: pH влагалища нормализовался.

Что касается синтеза **перекиси водорода** (H_2O_2) — второго важного механизма противoinфекционной защиты, — то *L. acidophilus* KS400 в исследованиях образовывал это вещество в достаточных количествах для подавления роста патогенов. В норме H_2O_2 -продуцирующие штаммы лактобацилл можно обнаружить во влагалище 96% здоровых женщин и у 6% — с диагностированным бактериальным вагинозом¹.

Важный эксперимент по **совместному выживанию** лактобактерий указанного штамма с представителями других видов ещё в 1986 году провела группа немецких исследователей. Были совместно культивированы *E. coli*, *S. aureus* и *C. albicans* как с *L. acidophilus* KS400, так и без лактобацилл (группа контроля). Через 6 ч после совмест-

Способность лактобактерий к агрегации — одно из важных свойств, поставившее в своё время крест на попытках вводить лактобактерии извне. Именно высокая адгезивность отличает *L. acidophilus* KS400 от тех штаммов, которые пытались вводить раньше. Адгезия лактобактерий влагалища к эпителиальным клеткам в норме оказывается достаточно плотной, чтобы эту нишу не заняли патогенные микроорганизмы. Конкурентоспособность лактобактерий на эпителии была подтверждена рядом исследований — патогенные микроорганизмы вымирали, не найдя субстрата для питания^{10,11}.

Модулирование иммунной реакции лактобактериями штамма KS400, по данным литературы, происходит с помощью сигнальных факторов: симбионты запускают выработку собственных антимикробных факторов человека, таких как дефензины, лизоцим и гемоцидины^{3,12}, а также способствуют экспрессии шокового человеческого протеина массой 70 кДа (hsp70) и маннозосвязывающего лектина. Кроме того, лактобактерии у здоровых женщин поддерживают сигнальные Toll-подобные рецепторы эпителиоцитов на довольно высоком уровне активации⁸ — эти рецепторы помогают иммунной системе распознать опасные инфекции. Всё перечисленное обеспечивает достаточную концентрацию противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10) и снижение содержания провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ФНО- α) — иными словами, Т-хелпер-подобный ответ в вагинальной среде, прицельно действующий на патогенные микроорганизмы и угнетающий их пролиферацию^{1,12}. Недавние исследования были посвящены также дополнительным защитным механизмам лактобактерий: синтезу ими биосурфактанта, коагрегации и **способности образовывать полезные биоплёнки**.

[**Высокая способность лактобактерий влагалища к агрегации на поверхности эпителия в норме оказывается достаточно плотной, чтобы эту нишу не заняли патогенные микроорганизмы.**]

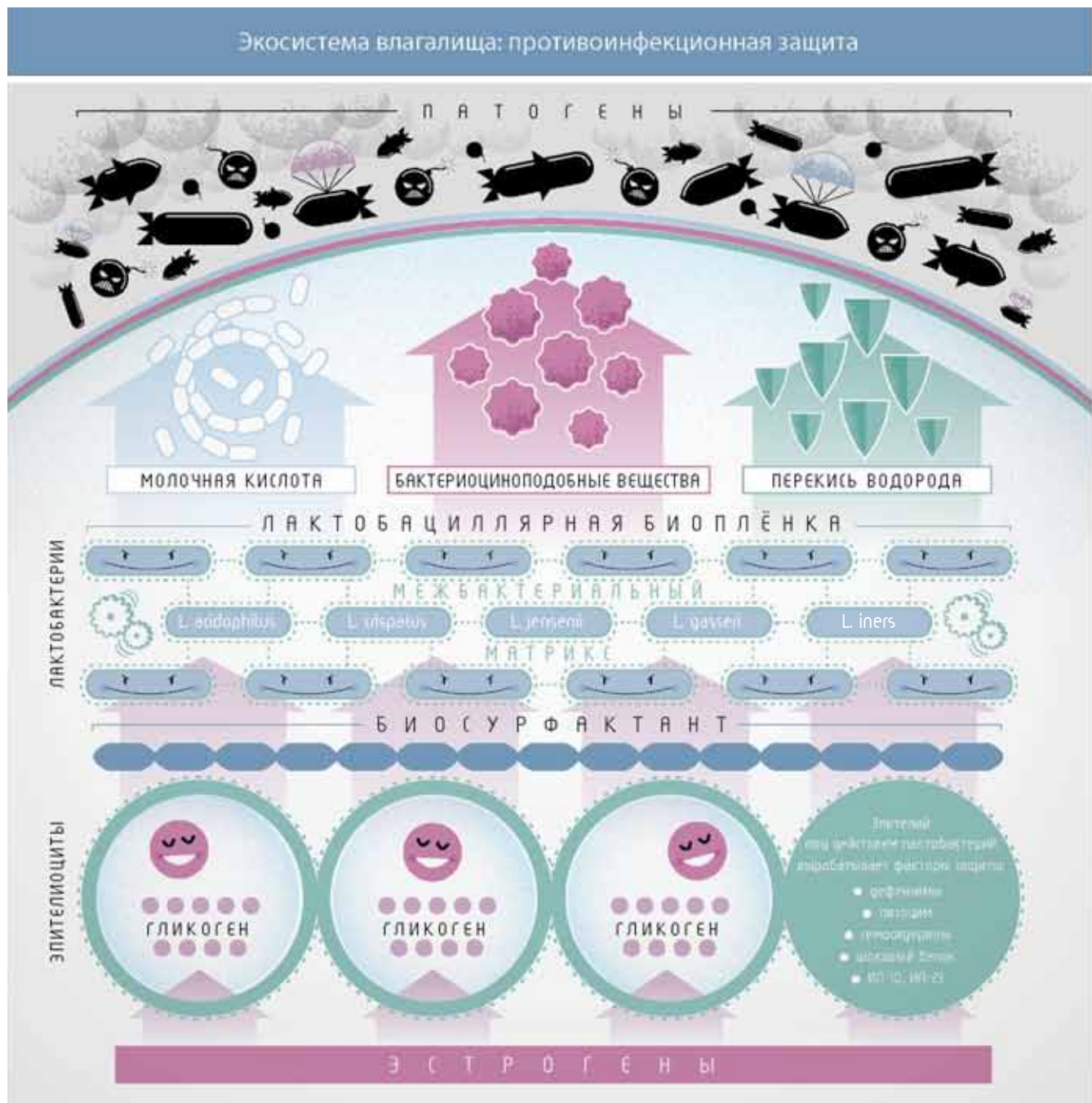
L. iners и многие другие. В разных популяциях и народностях у женщин может преобладать тот или иной вид^{2,6,7}.

Однако даже в пределах одного вида не каждый штамм *Lactobacillus* обладает достаточно сильными способностями по поддержанию нормальной экосистемы^{2,7,8}. Именно поэтому культуры лактобацилл, используемые для изготовления пробиотических препаратов, должны проходить тщательный отбор, основанный на результатах доказательных исследований. Весь набор необходимых характеристик был подтверждён у штамма *L. acidophilus* KS400, изначально выделенного у человека и показавшего отличные результаты *in vitro*.

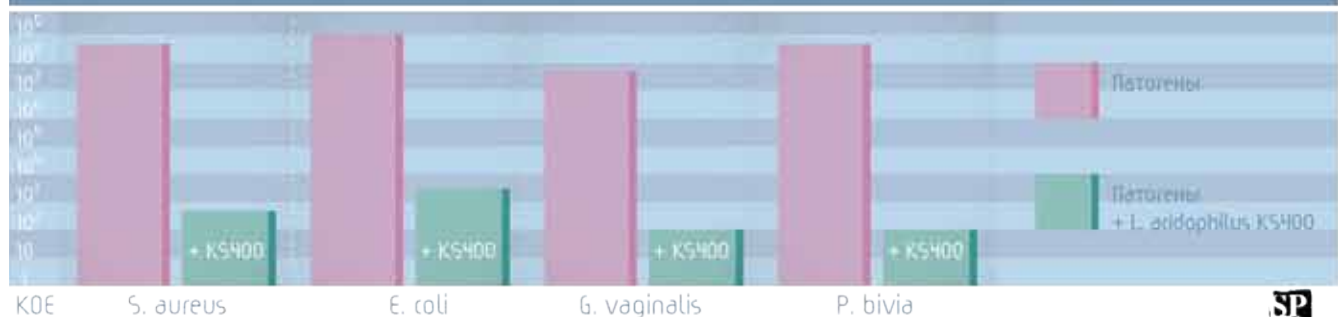
ной инкубации *E. coli* и *S. aureus* больше не определялись, а количество дрожжеподобных микроорганизмов значительно снизилось¹. Французский автор A.L. Servin (2004) дополнительно исследовал способность штамма *L. acidophilus* KS400 подавлять патогены — снова *S. aureus*, *E. coli* мочевыводящих путей, а также *G. vaginalis* и *P. bivia*. В присутствии изучаемого штамма количество всех возбудителей в культуре значительно снизилось (см. инфографику), что не только подтвердило результаты предшественников, но и расширило список микроорганизмов, которым у здоровых женщин успешно противостоит, казалось бы, самый обычный симбионт⁹.

Почему эстриол?

Не менее важный компонент микроэкологии влагалища — многослойный плоский неороговевающий эпителий, созревание которого стимулируется эстрогенами^{1,4}. Зрелые эпителиоциты содержат **гликоген**, и при их слущивании



Лактобактерии (*L. acidophilus* KS40) при совместной инкубации подавляют рост патогенов.





[Одна доза эстриола внутрь (8–10 мг) или интравагинально (0,5 мг), в отличие от эстрадиола, не вызывает пролиферации эндометрия.]

это питательное вещество достаётся лактобактериям. В дальнейшем метаболизме гликогена принимают участие ферменты, не только вырабатываемые симбионтами, но и секретируемые клетками влагалища и шейки матки — так с обоюдной помощью гликоген расщепляется до глюкозы. Таким образом, для развития лактофлоры и поддержания физиологического баланса во влагалище **зрелый эпителий** жизненно необходим¹. В случаях, когда он атрофирован, существование лактобактерий затруднено, отчего в результате страдает барьерная функция нижнего этажа половой системы, и патогенные микроорганизмы, не нуждающиеся в гликогене, получают конкурентное преимущество^{13,14}. Именно поэтому для успешного выживания лактобактерий штамма KS400 в состав препарата был введён **эстриол**.

Как известно, в число эстрогенов входят эстрон, эстрадиол и эстриол. Последний специфичен для человека, и его свойства не могут быть изучены на лабораторных животных. Он отличается от эстрона и эстрадиола также тем, что не может обратимо метаболизироваться с образованием прочих форм эстрогенов. Как другие женские половые гормоны, эстриол стимулирует пролиферацию и созревание эпителия влагалища, однако чувствительность к нему у рецепторов примерно в 10 раз ниже, чем к эстрадиолу, и поэтому в физиологических концентрациях он не реализует эстрогенные эффекты на эндометрий, костную ткань и молочные железы. В отличие от эстрадиола после применения одной дозы эстриола внутрь

(не более 8–10 мг) или *per vaginum* (не более 0,5 мг) пролиферативного влияния на эндометрий практически нет. Таким образом, именно эстриол лучше других подходит для местного применения при лечении заболеваний влагалища — особенно в тех случаях, когда нет цели назначить заместительную гормональную терапию эстрогенами¹.

Исследования *in vitro* показывают, что при высоких концентрациях эстрогенов адгезия лактобактерий выражена сильнее всего, а значит, дополнительная дотация эстриола способна восстановить колонизацию влагалища у женщин в постменопаузе¹⁵. Однако подобные процессы происходят при нарушениях экосистемы влагалища и у женщин репродуктивного возраста, и не всегда понятно, с чем конкретно связано уменьшение количества или исчезновение лактобактерий и повреждение эпителия¹⁶. Таким образом, коррекцию микробного баланса комбинацией лактобактерий и низких доз эстриола имеет смысл проводить не только у женщин в период постменопаузы, но также и у пациенток репродуктивного возраста.

Доказательства эффективности

Фармакокинетику местного применения 0,03 мг эстриола (в сочетании с *L. acidophilus*) исследовала авторская группа R.R. Kaiser¹⁷. Уровень неконъюгированного эстриола в плазме пациенток несколько увеличивался по-

сле первого назначения комбинации *L. acidophilus* и 0,03 мг эстриола, но оставался в пределах нормы. Через 12 дней терапии дальнейшего повышения уровня эстриола в плазме у пациенток, тем не менее, не отмечено. Вероятнее всего, это объясняется тем, что под эстрогенным влиянием эпителий влагалища пролиферировал и, всё больше созревая и утолщаясь, просто не пропускал эстриол через слизистую оболочку.

Серия качественных клинических исследований указанной комбинации приведена в таблице в конце статьи — 8 работ с общим числом пациенток 1088. И всё же важно остановиться на некоторых из них. Первые клинические испытания комбинации лактобактерий с эстриолом были проведены в 1980-х годах — по дизайну открытых неконтролируемых исследований при лечении инфекций влагалища¹. Последующие открытые клинические исследования, демонстрирующие положительный эффект и преимущества указанной комбинации, опубликованы по темам бактериального вагиноза^{18,19}, периоперативного лечения в связи с гинекологическими операциями²⁰ и профилактики инфекционных осложнений во время влагалищных операций и операций на матке²¹.

Наиболее масштабным стало рандомизированное плацебо-контролируемое двойное слепое исследование E. Özkinay и соавт.¹¹ Была изучена эффективность комбинации *L. acidophilus* и 0,03 мг эстриола в плане восстановления влагалищного нормоценоза у женщин, прошедших **антибактериальную терапию по поводу вагинальных инфекций** (бактериальный вагиноз, кандидоз, трихомониаз, смешанные инфекции). Всего в статистический анализ были включены 354 из 360 рандомизированных женщин до и после менопаузы. В основной группе, интравагинально получавшей комбинацию лактобактерий и эстриола, успешнее восстанавливалась лактофлора, нормализовался pH, снижалось количество лейкоцитов. Важно, что эти изменения сохранялись и через 4–6 нед. Более того, количество рецидивов при контрольном наблюдении было в 1,5 раза меньше в группе пролеченных комбинацией лактобактерий с эстриолом, чем без него.

Результаты изучения указанной комбинации при **рецидивирующих** вагинальных инфекциях опубликовали в 2006 году V. Unzeitig и H. Al Awad. В исследование вошли 98 женщин репродуктивного возраста, перенёсших как минимум четыре эпизода влагалищной инфекции в течение года (дрожжевого или бактериального происхождения, бактериальный вагиноз). После менструации и санации влагалища бензидамидом пациенткам назначали комбина-

с рецидивирующими формами вагинальных инфекций. (Кстати, эффективность **поддерживающей и многокурсовой** терапии пробиотическими лактобактериями тоже была изучена в программах длительной профилактики рецидива бактериального вагиноза — и с обнадёживающими результатами^{22–24}.)

На современном этапе пробиотические препараты вполне способны бороться также с печальным следствием бактериального вагиноза у беременных,

[Сегодня мы не имеем права считать женщину излеченной, отсутствие этиологически значимых инфектов во влагалище не позволяет считать её здоровой.]

цию *L. acidophilus* и 0,03 мг эстриола на 4–6 последовательных дней. Лечение комбинацией «лактобактерии + эстриол» было повторено с 2-недельным интервалом. Результат: две трети женщин, ранее безуспешно лечившихся по поводу рецидивирующих вагинальных инфекций и вульводинии, сообщили о значительном улучшении; кроме того, одна из каждых пяти женщин сообщала о частичном улучшении. Таким образом, в исследовании была доказана необходимость нескольких повторных курсов восстановления микрофлоры влагалища у пациенток

таким как высокий риск преждевременных родов. Любопытное исследование провели специалисты из Эрфурта (Германия). Беременные, наблюдаемые в 16 амбулаторных отделениях, приняли участие в программе профилактики преждевременных родов (n=314): они самостоятельно измеряли pH влагалища два раза в неделю, чтобы незамедлительно выявить любые нарушения вагинального биотопа; риск считался повышенным при pH ≥ 4,7. Пациентки, обнаружившие отклонение кислотности вагинальной среды от нормы, незамед-

Двойной удар

В 2011 году группа исследователей из Великобритании и Канады опубликовала результаты эксперимента *in vitro*: целью было выяснить, могут ли лактобактерии противодействовать биоплёнкам, сформированным патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. За 4–5 сут культивирования *E. coli* формировали биоплёнку толщиной 6 мкм, а *A. vaginae* и *G. vaginalis* — в два раза толще. Добавление в культуру лактобактерий (*L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14) и дальнейшее культивирование в течение 1–3 сут не приводило к полному вытеснению возбудителя. Тем не менее установлено, что лактобациллы успешно проникают в толщу биоплёнки и продукты их жизнедеятельности вызывают заметное снижение плотности и гибель возбудителей инфекции. Использование одного лишь метронидазола также не могло полностью элиминировать патогены. Однако использование одновременно для разрушения патогенных биоплёнок двух механизмов антимикробного действия — метронидазола и лактобактерий — приводило к наилучшему результату.

Авторы замечают, что лабораторное исследование не может полностью отражать ситуацию *in vivo*, однако первый шаг в изучении этого направления уже сделан: биоплёнки, состоящие из одного вида возбудителей, не могут устоять против комбинированной терапии²⁵.

лительно обращались к врачу и получали лечение «Гинофлором», а в случае диагностики у них бактериального вагиноза — дополнительно крем с клиндамицином для интравагинального применения. Контрольной группой служили пациентки, не участвовавшие в исследовании и наблюдаемые в других амбулаторных центрах (n=1842).

У 59 женщин основной группы (18,8%) риск преждевременных родов был повышен ($pH \geq 4,7$). Препарат с лактобактериями получали 52 пациентки, 19 — крем с клиндамицином (большинство дополнительно применяли пробиотик); три беременные отказались от терапии. По результатам частота преждевременных родов в группе, проводившей самостоятельный мониторинг pH влагалища, составила 8,3 против 13% в контрольной группе; недоношенные в гестационном возрасте <32 нед рождались в 11 раз реже в основной группе, чем в контрольной (0,3 vs 3,3%, $p < 0,01$). Преждевременный разрыв плодных оболочек в основной группе также встречался реже — 22,3 против 32,1% ($p < 0,001$) соответственно. Таким образом, самостоятельный мониторинг беременными pH влагалища дважды в неделю вполне способен вовремя регистрировать риск преждевременных родов, а назначение

дов была достоверно ниже; к тому же не было выявлено нежелательного влияния препарата на течение беременности и состояние новорождённых^{1,19}.

Безопасность под контролем

В 16 опубликованных клинических исследованиях, в которых 1715 пациенток получали терапию комбинацией *L. acidophilus* и 0,03 мг эстриола, было выявлено только 46 случаев нежелательных реакций (7,2%), ни одна из которых не была серьёзной. Побочные эффекты ограничивались местными симптомами, как правило, слабыми и возникающими в самом начале лечения: раздражением, зудом, локальными аллергическими реакциями, гиперемией. Типичных побочных «эстрогенных» реакций не наблюдалось.

Не менее важен обзор литературных данных по безопасной дозе эстриола ввиду риска всасывания эстрогенного компонента и увеличения его системной концентрации, а значит, и опасности побочных эффектов¹⁷. Метаанализ клинических исследований (Vooijs G.P., Geurts T.B.P., 1995) показал, что эстриол даже в высокой дозе 0,5 мг/сут у женщин

существование различных дозировок эстриола по эффективности и безопасности — были получены при лечении женщин с постменопаузальным атрофическим вагинитом²⁶. Соответственно, необходимость высокой дозы эстриола для местного лечения отпадает сама собой — дозировки 0,03 мг вполне достаточно.

Применение указанной комбинации активных компонентов (препарат «Гинофлор Э») может считаться безопасным и во время беременности, поскольку эти вещества физиологичны для влагалища, а всасывание эстриола в общий кровоток совсем незначительно. Более того, во время беременности уровень эстриола в крови совершенно физиологично повышается в 1000 раз по сравнению с таковым у небеременных женщин*.



С каждым годом мы всё больше узнаём об окружающем нас (и проникающем в нас!) микромире и биохимических законах, которым он подчиняется. В XXI веке идеология баланса влажной экосистемы и его обязательности для здорового женского организма в корне меняет наши представления о патогенезе вагинальных инфекций и окончательных целях лечения. Отныне мы не имеем права считать женщину излечённой, если не находим у неё во влагалище этиологически значимых инфектов. Этого недостаточно. Ведь дело не в том, чего мы не должны найти, а в том, что мы обязаны обнаружить при успешном излечении. Это лактобактерии. В должном количестве и не сразу после окончания противомикробной терапии, а хотя бы в следующем менструальном цикле. До этого момента работа акушера-гинеколога не может считаться доведённой до конца.

А что может принести больше удовлетворения, чем хорошо сделанная работа? **SP**

* Комментарий SP: по инструкции возможно применение «Гинофлора Э» во II–III триместрах беременности и в период лактации. Нежелательного влияния лактобактерий и эстриола на беременность и состояние плода/новорождённого не обнаружено.

[У пролеченных комбинацией *L. acidophilus* K54ФФ и эстриола (в дозе Ф,Ф3 мг) женщин по сравнению с не получавшими препарата частота преждевременных родов была достоверно более низкой.]

пробиотического препарата при повышенном показателе pH — реальный ресурс снижения риска рождения недоношенного ребёнка.

И ещё одна чрезвычайно актуальная для России научная находка, которую резюмируют авторы обзора. В рамках программы профилактики преждевременных родов две группы исследований оценивали, а затем корректировали с помощью «Гинофлора» pH влагалищной среды. Данные исследовательских групп совпадают: у пролеченных женщин по сравнению с не получавшими терапии частота преждевременных родов

в постменопаузе не повышает риск пролиферации и гиперплазии эндометрия. В двойном слепом рандомизированном открытом контролируемом исследовании лечения пациенток с атрофическим вагинитом было показано, что комбинация *L. acidophilus* и 0,03 мг эстриола (per vaginam 2 раза в сутки, 6 дней) не отличается по клинической эффективности от аналогичной терапии, в которой используется 16-кратно бóльшая дозировка эстриола (0,5 мг). Обе дозировки одинаково способствовали увеличению степени пролиферации и зрелости влагалищного эпителия. Точно такие же данные — от-

Ремонт экосистемы

При коррекции микробного пейзажа влагалища, в том числе после антибиотикотерапии, комбинация лактобактерий и эстриола имеет большое значение, поскольку способствует созреванию эпителия и подавлению роста патогенов, тем самым предотвращая рецидивы. Без лечения микрофлора

влагалища обычно восстанавливается медленно — на это могут уйти недели и месяцы — в лучшем случае, если не произойдёт рецидивов. Поэтому назначение пробиотиков, способных ускорить и направить этот процесс по физиологическим рельсам, более чем оправдано.

Клинические исследования, включённые в обзор

Исследование	Дизайн	Пациенты	Терапия	Результат
Kaiser R.R. et al., 2000 ¹⁷	Фармакокинетическое, открытое, одноцентровое, с многократным приёмом	Восемь женщин в период постменопаузы (57–65 лет)	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола (1 таблетка в сутки, 12 дней)	Индекс зрелости вагинального эпителия значительно увеличился, концентрация эстриола в плазме осталась прежняя, накопления не отмечено
Parent D. et al., 1996 ²	Многоцентровое (три центра), рандомизированное, плацебо-контролируемое, с параллельными группами	32 женщины с бактериальным вагинозом умеренной степени (20–52 года)	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола (1–2 таблетки в сутки 6 дней) — или плацебо	Частота клинического излечения (один/ни одного из критериев Амсея) значительно выше в испытываемой группе
Özkinay E. et al., 2005 ¹¹	Одноцентровое, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое, с параллельными группами	360 женщин после антибактериальной терапии (19–70 лет)	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола — или плацебо после антибактериальной терапии	Количество рецидивов вагинальных инфекций в группе, применявшей «Гинофлор Э», в 1,5 раза ниже
Unzeitig V., Al Awad H., 2006 ²⁸	Открытое, одноцентровое	98 женщин репродуктивного возраста с четырьмя и более эпизодами дискомфорта во влагалище за последний год	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола; ирригация бензидамидом (различные схемы, 3 мес)	² / ₃ пациенток после трёх курсов применения «Гинофлора Э» после менструации не предъявляли жалоб
Kanne B., Jenny J., 1991 ²⁹	Двойное слепое, активное и плацебо-контролируемое, рандомизированное, с параллельными группами, с подбором дозы	15 женщин с атрофическим вагинитом (51–65 лет)	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола (2 таблетки в сутки, 6 дней) — или эстриола 0,5 мг + лактобактерии	Комбинация 0,03 мг эстриола с лактобактериями так же эффективно снимает симптомы атрофического вагинита, как и аналогичный препарат с 0,5 мг эстриола
Hengst P. et al., 1992 ³⁰	Открытое, одноцентровое, проспективное	161 беременная, профилактика преждевременных родов	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола (1 таблетка в сутки, 6–12 дней)	Самая низкая частота преждевременных родов обнаружена в группе, получавшей комбинацию <i>L. acidophilus</i> с 0,03 мг эстриола; побочных явлений не отмечено
Hoyme U.B. et al., 1998, 2004 ^{31,32}	Опытное, многоцентровое (16 центров), когортное	314 беременных, профилактика преждевременных родов	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола (1 таблетка в сутки, 6 дней)	Уменьшение частоты преждевременных родов, родов до 32 нед и случаев преждевременной отслойки плаценты; нежелательных явлений не отмечено
Melczar Z. et al., 2002 ¹⁹	Открытое, многоцентровое, до-после	100 женщин с бактериальным вагинозом (три положительных критерия Амсея)	<i>L. acidophilus</i> + 0,03 мг эстриола (1 таблетка в сутки, 6 дней)	У 81% пациенток полностью исчезли жалобы, у 17% — значительное улучшение; нежелательных явлений не отмечено

Номер журнала с главной темой о превентивных стратегиях в акушерстве и гинекологии не может не затрагивать учения о влагалищном нормоценозе. Восстановление и поддержание нормальной влагалищной микроэкологии сегодня проходит непременно рефреном по теме не только грамотного лечения вагинальных инфекций, но и предотвращения преждевременных родов, внутриутробных инфекций, родовых травм промежности, острых и хронических ВЗОМТ и много-много-много. Зная, что в интернете можно найти всё или почти всё, наш интернет-ледокол отправился на сей раз на поиски информации о главных фигурантах бактериального содружества здорового влагалища — лактобактериях.

internet Ледокол



© Иванов Виталий / ИТАР-ТАСС

Превентивная мощь влагалищного нормоценоза

Все ли лактобактерии одинаковы?

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055920/>

Лактобактерии находятся в мутуалистических (англ. mutual — взаимный) отношениях с человеком, т.е. их присутствие в организме не только взаимовыгодно, но и **обязательно** для обеих сотрудничающих сторон.

Ранее считалось, что главный и основной мутуалист человека среди лактобактерий — *Lactobacillus acidophilus*, однако впоследствии было установлено, что внутри группы *L. acidophilus complex* есть целый ряд отдельных видов, для микроэкологической ниши влагалища наиболее характерно присутствие *L. gasseri*, *L. jensenii*, *L. crispatus*, *L. iners*, причём обычно одновременно можно обнаружить лишь один-два из них. Интересен тот факт, что 95% *L. crispatus* и 94% *L. jensenii* способны продуцировать перекись водорода, в то время как *L. gasseri* и *L. iners* способны на это только в 71 и 9% случаев соответственно. Неудивительно, что и риск развития бактериального вагиноза выше (у гомосексуальных женщин в 4,2 раза) при колонизации именно *L. gasseri* и *L. iners*.

Комментарий SP. Похоже, в случаях резистентного течения бактериального вагиноза и других вагинальных инфекций врачу стоит поинтересоваться видовым составом лактобактерий. Нашли *L. iners* — и можно начинать «с чистого листа»: первым этапом санировать, а вторым — восстановить лактофлору. Выходит, не напрасно Национальный институт здоровья США выделил \$100 млн на Проект микробиома человека (Human Microbiome Project) с целью изучения микробного пейзажа ороназальной области, пищеварительного и уrogenитального тракта, а также кожного покрова.

Особенная *Lactobacillus iners*?

Этот удивительный микроб отлично чувствует себя как в условиях нормоценоза, так и в условиях бактериального вагиноза — судя по всему, благодаря его отличным адаптационным возможностям (например, к высокому уровню pH). Результат приспособления, однако, неоднозначен — *L. iners* начинает конкурировать со своими «родственниками», вытесняя их и одновременно теряя способность противостоять ассоциированным с бактериальным вагинозом анаэробам.

Есть ли новости по приживаемости вводимых извне лактобактерий?

Комментарий SP. Тут нужно учитывать важное обстоятельство: успех лечения бактериального вагиноза и наличие во влагалищной жидкости привнесённых лактобактерий — не равнозначны друг другу. Ведь лактобактерии нужны для того, чтобы восстановить нормальную кислотность и другие параметры вагинальной жидкости — а затем пусть влагалище колонизируется собственной микрофлорой. А то, что не находили лактобактерии, введённые *per os*, вполне объяснимо — при общем весе всех бактерий, живущих в толстой кишке человека (около 1–1,2 кг), странно ожидать смещения кишечного микробиоценоза за счёт введения всего лишь пары граммов сторонних лактобацилл. Не говоря уже о влагалище.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176208/>

Поскольку попытки восстановить нормоценоз влагалища с помощью различных штаммов лактобактерий (при их пероральном или местном применении) предпринимаются давно и слишком часто безуспешно, большой интерес представляют результаты исследования, проведённого в августе 2012 года в Норвегии. Согласно дизайну работы, пациенткам была предложена расширенная схема антибиотикотерапии с последующим применением препаратов лактобактерий. За результатами лечения наблюдали в течение 2 лет.

Для изучения способности лактобактерий к колонизации были созданы желатиновые капсулы, каждая из которых содержала комбинацию из трёх различных штаммов лактобактерий. В рамках исследования эти капсулы применялись как вагинально, так и *per os*. Для сравнения применяли два вида препаратов промышленного производства — вагинальные капсулы, содержащие штаммы *L. gasseri* и *L. rhamnosus* (по 10^8 КОЕ), и капсулы для приёма внутрь,

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0927776506003973>

Исследование, проведённое канадскими учёными в 2007 году, было посвящено изучению повреждающего действия различных штаммов лактобактерий в отношении биоплёнок при бактериальном вагинозе. Полученные результаты показали, что наибольшей разрушающей силой обладали такие виды лактобактерий, как *L. reuteri*, *L. crispatus* и *L. rhamnosus*. Сила эта, однако, не была обусловлена увеличением кислотности среды (показатели pH не изменялись в течение всего эксперимента и находились в пределах 4,7 и 5,1). И бактерицидное воздействие перекиси водорода оказалось ни при чём (среди трёх перечисленных видов её продуцировали в больших количествах только *L. crispatus*, в меньшей степени *L. reuteri*, а *L. rhamnosus* не продуцировали вообще). Разобраться с истинной военной мощью молочнокислых бактерий попытались авторы следующего исследования.

Чем вооружены лактобактерии?

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438422104001444>

Оказывается, помимо молочной кислоты и перекиси водорода лактобактерии продуцируют **токсичные гидроксильные радикалы с антибактериальными свойствами**, а также бактериоцины и пробиотики. Равным образом они способны объединяться в **своего рода полезные биоплёнки** (см. инфографику на с. 39) благодаря производству молекул коагрегации и биосурфактанта, удерживающего объединившиеся микроорганизмы на поверхности эпителиоцитов.

Комментарий SP. Учение о биоплёнках наступает! Удивительна скорость накопления материала по этой теме. Ещё в июне 2012 года мы писали о биоплёнках, которые формируют патогены, а сегодня уже публикуем первые сообщения о лактобациллярных биоплёнках. Всё сложнее, чем наука считала раньше, — но, значит, и интереснее.

Комментарий SP. Как мы можем наблюдать, стремление к упрощённой схеме терапии вагинальной инфекции пока не находит своего выражения в одноэтапной тактике — уничтожить возбудителя. Дело в том, что пока не будут созданы условия для нормализации микробного пейзажа, патогены снова и снова будут поднимать голову: или излечения не наступит, или в ближайшем времени произойдёт рецидив. Следовательно, второй этап — восстановление микробиологии влагалища — должен быть не менее обязательным, чем первый.

Нормоценоз — самовосстановление?

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663590>

Интересное исследование было проведено в Турции: 360 женщин через 2–7 дней после противомикробной терапии вагинальной инфекции (бактериальный вагиноз, кандидоз, трихомониаз и др.) получали комбинацию лактобактерий с низкой дозой эстриола («Гинофлор»): 240 пациенток составили основную группу, 120 — группу плацебо. Первые результаты контролировали через 3–6 дней (индекс нормальной микрофлоры), отдалённые — спустя 4–7 нед после курса восстановительной терапии (жалобы, симптомы, степень чистоты влагалища). И у пролеченной группы результаты оказались значительно лучше, чем у группы плацебо, при обоих контрольных визитах.

в каждой из которых было по 10^9 КОЕ *L. rhamnosus* и *L. reuteri*. Лактобактерии для всех трёх видов препаратов первоначально были выделены из вагинальной жидкости здоровых женщин.

Сомневаться в эффективности противомикробного лечения не приходилось: схема антибактериальной терапии заключалась в интравагинальном введении препарата клиндамицина (2% гель) с одновременным приёмом 300 мг/сут клиндамицина *per os* в течение недели. Лечение проводили до или после менструации. Половые партнёры женщин, включённых в исследование, также получали клиндамицин перорально. После каждой из двух последующих менструаций антибиотикотерапию повторяли, однако на этот раз с применением метронидазола (вагинальный гель 75 г) в течение 5 дней. По окончании первого и второго этапов антибиотико-

терапии пациентки 5 дней принимали капсулы, содержащие лактобактерии. Эффективность терапии оценивали по окончании последнего курса.

В целом колонизацию применяемыми лактобактериями наблюдали у 17 из 43 женщин, которым лактобактерии вводили интравагинально. При этом разница между лактобактериями непосредственно от здоровых женщин и лактобациллами, прошедшими стадию промышленного производства, была довольно заметной — лучше колонизировали лактобактерии, выделенные у здоровых женщин и не прошедшие промышленную упаковку в капсулы: у семи из девяти женщин введённые штаммы лактобактерий выявляли вплоть до 6 мес после окончания терапии. **Ни у одной женщины** при пероральном приёме капсул с лактобактериями колонизации вводимыми микроорганизмами не произошло!



лечите это немедленно!

Лечение беременных с бактериальным вульвовагинитом
в I–II триместрах беременности



Автор: Игорь Борисович Манухин, проф.,
докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства
и гинекологии лечебного факультета Москов-
ского государственного медико-стоматологиче-
ского университета (Москва)

Копирайтинг: Ольга Руднева, Наталья Хрипко,
Татьяна Рябинкина, канд. мед. наук (Евгения
Маклецова)

Во время беременности нестабильность гормонального фона и физиоло-
гическое снижение иммунного ответа неизбежно влекут за собой изме-
нения в качественном и количественном составе вагинального биотопа:
в некоторых популяциях более чем у 35% беременных скрининг обнару-
живает повышенный pH влагалища¹, и почти 9% женщин по критериям
Нурента может быть поставлен диагноз бессимптомного бактериального
вагиноза². При этом даже его скрытые формы — явный признак небла-
гополучия, поскольку бактериальный вагиноз, выявленный на сроке ме-
нее 16 нед, повышает риск преждевременных родов более чем в 7 раз³.

Лечить — и лечить в обязательном порядке! Однако чем лечить?
Выбор очень ограничен, к тому же растущая в геометрической про-
грессии тотальная антибиотикорезистентность диктует необходимость
отказа от излишнего назначения антибиотиков там, где можно обой-
тись без них и предпочесть им антисептические средства. На сегодняш-
ний день спектр антисептиков, разрешённых во время беременности,
чрезвычайно узок, поэтому, когда появляются новые инструменты для
работы, внедрение их в практику происходит чрезвычайно быстро. Но
сначала правильнее проверить эффективность и убедиться в безопас-
ности — всё же мы имеем дело с беременными!

Журнал StatusPraesens публикует результаты клинического испы-
тания нового антисептика деквалиния хлорида для лечения бакте-
риального вагиноза при беременности. Исследование проведено по
руководством одного из самых харизматичных акушеров-гинекологов
страны, проф. Игоря Борисовича Манухина, которому принадлежит
знаменитый афоризм «лечить женщину, а не анализы».

В структуре всех инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов более половины (57,6%) составляют инфекции нижних отделов половых путей, а беременность можно по праву считать фактором риска вульвовагинитов — при гестации эти заболевания развиваются в 2–4 раза чаще обычного^{4,5}. Самое печальное, что урогенитальные инфекции у беременных заметно повышают вероятность, а иногда и служат главной причиной осложнений беременности и родов: гестоза, невынашивания, преждевременного разрыва плодных оболочек (с неминуемыми досрочными родами), плацентарной недостаточности, внутриутробного инфицирования, послеродовых гнойно-септических заболеваний у матери и новорождённого^{6–8}. При этом важно учитывать их специфику в этот период: чаще наблюдают стёртую симптоматику, что выступает в качестве механизма сокрытия нарастающей опасности для беременной и плода.

Масштабный метаанализ 2003 года³ доказал, что бактериальный вагиноз более чем в 2 раза увеличивает риск преждевременных родов. Манифестация заболевания на сроке до 20 нед беременности повышает риски в 4 раза и более, а до 16 нед — более чем в 7 раз. Кроме того, в 10 раз повышается риск самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках и в 2,5 раза — риск инфекции матери. По данным другого исследования, проведённого проф. Гилбертом Дондерсом [Gilbert G.G. Donders] (Бельгия) в 2009 году, бактериальный вагиноз связан с ростом частоты очень ранних преждевременных родов в 5 раз, тогда как аэробный вагинит увеличивает риск такого исхода беременности в 3 раза⁹. Worse всего то, что оба состояния могут встречаться одновременно у одной и той же пациентки, что предсказуемо ещё более ухудшает прогноз^{9,10}! Именно поэтому у практикующих врачей больше не должно быть ни малейших сомнений в том, что любое нарушение микробного баланса влагалища во время беременности необходимо предупреждать, выявлять и лечить.

Все попытки оправдать бездействие трудностью и затратностью диагностики больше не принимаются. Есть метод Амселя, согласно которому обнаружение четырёх критериев (специфические бели, pH отделяемого влагалища 4,5 и выше, присутствие «ключевых» клеток при микроскопии мазка и положительный аминный тест) означает наличие бактериального вагиноза. Более того, сегодня получены данные^{11,12} о том, что диагноз бактериального вагиноза можно ставить уже при наличии всего лишь двух критериев: например, увеличения pH и патологических белей.

Следующий вопрос — чем лечить?

Ещё один ответ

Учитывая угрозу серьёзных осложнений для беременной и плода, врачу важно иметь в терапевтическом арсенале средства для эмпирической терапии — своеобразной «скорой помощи» пациенткам, которую можно оказать беременным незамедлительно, до завершения полного обследования. При этом требования к препарату, разрешённому во время беременности, действительно высоки, поскольку полноценные клинические исследования противомикробных средств затруднительны по этическим соображениям.

Неодолимая сила

Как известно, антибиотики, применяемые в мировой медицине для борьбы с бактериями, делят на бактериостатические (подавляющие размножение микрофлоры) и бактерицидные (вызывающие гибель возбудителей). Как правило, резистентность возникает у микроорганизмов в ответ на действие бактериостатиков — при дозировках, недостаточных для прерывания биологических циклов развития патогенов.

Однако возникновение устойчивости к бактерицидным веществам (особенно к химическим антисептикам) затруднено — это настоящее биохимическое оружие, нацеленное обычно против клеточных мембран, и бактерии, испытывавшие на себе его действие, погибают, не имея возможности дать более стойкое потомство. Так, уже более чем 20 лет в клиниках Швейцарии, Германии и Австрии для лечения урогенитальных инфекций у женщин широко применяют местное средство на основе деквалиния хлорида — «Флуомизин», и за этот период ещё не было обнаружено ни одного устойчивого к нему штамма микроорганизмов.

Деквалиния хлорид — четвертичная аммониевая соль, антисептик с антибактериальной и противогрибковой активностью. Механизм его действия на микроорганизмы универсален: денатурация мембранных белков, блокирование обменных процессов, увеличение проницаемости мембран — и разрыв оболочки клетки возбудителя приводит к его гибели. Растворение во влагалище всего одной вагинальной таблетки препарата обеспечивает концентрацию антисептика, в 3–4 раза превышающую минимальную ингибирующую дозировку для большинства патогенов^{5,13,14}.

Важно, что, несмотря на высокую концентрацию во влагалище, деквалиния хлорид не попадает в общий кровоток, а значит, вероятность системных побочных эффектов крайне низка.

Препарат разрешён к применению в течение всего периода беременности и лактации¹⁵.

Возбудители, подверженные действию деквалиния хлорида

Аэробы	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcaceae</i> <i>grynn</i> A, B, C, <i>Listeria</i> spp., <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Serratia</i> spp., <i>Proteus</i> spp., <i>Gardnerella vaginalis</i>
Анаэробы	<i>Bacteroides</i> spp., <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Prevotella</i> spp., <i>Porphyromonas</i> spp., <i>Peptostreptococci</i> spp.
Грибы (!)	<i>Candida albicans</i> , <i>Candida glabrata</i> , <i>Candida krusei</i> , <i>Candida tropicalis</i>
Простейшие	<i>Trichomonas vaginalis</i>

Антисептик деквалиния хлорид как препарат, успешно рекомендовавший себя более чем 20-летней практикой применения в Европе (в том числе у беременных), обладает всеми нужными свойствами: у него широкий спектр действия, не нарушающий при этом жизнеспособность лактобацилл, нет системного воздействия за счёт вагинального пути применения. За всё время использования препарата в Европе не зарегистрировано ни одного случая формирования к нему резистентности у возбудителей. Именно этими характеристиками был продиктован выбор исследователей в пользу деквалиния хлорида.

Ход исследования

Итак, сотрудники кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета в 2011 году на базе гинекологического отделения №2 ГКБ №36 провели исследование результативности терапии бактериального вульвовагинита препаратом деквалиния хлорида у женщин в I и II триместрах беременности.

В работу были включены 60 беременных (срок от 4 до 22 нед) в возрасте 18–40 лет. До начала лечения из всех пациенток большая часть (93%, $n=56$) жаловались на выделения из половых путей (при осмотре выделения обнаружены у всех женщин), жжение в области наружных половых органов; часть беременных (47%, $n=28$) предъявляли жалобы на зуд промежности и влагалища. У всех женщин отмечали гиперемии слизистой оболочки гениталий, аминный тест был положительным, pH вагинальных выделений оказался повышен и в среднем составлял 4,71 (4,6–4,9). Данные микроскопи-

ческого исследования окрашенного по Граму мазка отделяемого влагалища соответствовали III–IV степени чистоты.

Микробиологическое исследование влагалищной жидкости показало высокую обсеменённость представителями кокковой и кишечной групп микроорганизмов в количестве более 10^6 КОЕ/мл, а также угнетение роста *Lactobacillus spp.*: в должных количествах — более 10^6 КОЕ/мл — они были обнаружены лишь у 23,3%.

В качестве критериев исключения были приняты непереносимость компонентов препарата, язвенные поражения эпителия влагалища и шейки матки, специфические инфекционные болезни (вирусные, грибковые; заболевания, передаваемые половым путём), а также совместное применение с другими местными и/или системными антибактериальными препаратами.

В течение 6 дней на ночь пациентки использовали по одной вагинальной таблетке препарата деквалиния хлорида. Эффективность лечения указанным антисептиком оценивали по критериям Амселя, данным микроскопического исследования мазка и количественному составу микрофлоры влагалища. Также учитывали сведения о безопасности препарата — нежелательные реакции и влияние на течение сопутствующих заболеваний*.

Прицельное попадание

Уже на вторые сутки от начала лечения все женщины отмечали заметное улучшение самочувствия. К окончанию терапевтического курса у большей части пациенток клинические симптомы

Биоплёнки выросли до эндометрия

Род *Atopobium* известен уже более 20 лет, а наиболее значимый для гинекологической практики *A. vaginae* был открыт в 1999 году. Чуть позже, в 2004 году, была найдена тесная связь между этим микроорганизмом и бактериальным вагинозом. С 2005 года мировая общественность активно обсуждает его способность объединяться с *G. vaginalis* в составе биоплёнок, что резко повышает агрессивные свойства этих возбудителей и позволяет им противостоять антибактериальной терапии¹⁶. И если до сих пор биоплёнки обнаруживали только во влагалище, то теперь стало очевидно, что мы имеем дело с необычайно сильным врагом — биоплёнки могут распространяться и на верхние отделы урогенитального

тракта, в частности, не так давно они были обнаружены на поверхности эндометрия¹⁷. Соответственно, вопрос выбора средств лечения приобретает особую остроту: к чему *A. vaginae* чувствителен, а что применять совершенно бесполезно ввиду его резистентности?

Ещё в 2002 году Петерсен¹⁸ и соавт. изучали эффективность деквалиния хлорида у 121 пациентки. И уже тогда было выявлено не только положительное влияние препарата на восстановление экосистемы влагалища, но и хорошая переносимость лечения.

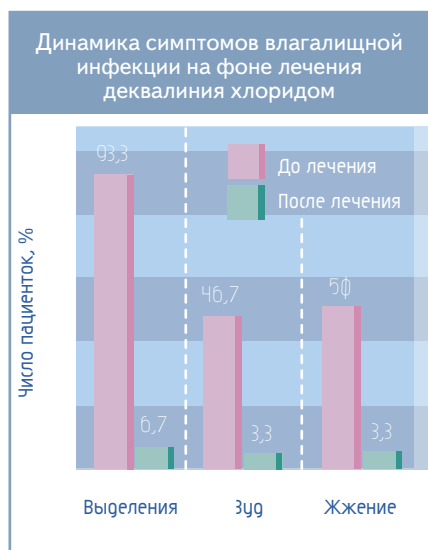
Спустя 10 лет, в 2012 году, группа специалистов из Бельгии и Швейцарии доказала — к деквалиния хлориду *A. vaginae* однозначно чувствителен¹⁹. Тогда же многоцентровое исследова-

ние с участием 321 пациентки²⁰ продемонстрировало сопоставимую эффективность вагинальных таблеток с деквалиния хлоридом и крема с клиндамицином.

И вот исследование текущего года: на клинических изолятах убедительно доказано, что деквалиния хлорид подавляет рост *A. vaginae* при концентрации, схожей с клиндамицином, но меньшей, чем у метронидазола. Кстати, о нюансах рациональной терапии бактериального вагиноза клиндамицином и метронидазолом мы уже писали в одном из номеров прошлого года²¹. И теперь мы уверены: *A. vaginae* не может ничего противопоставить эффективности средств местного применения с деквалиния хлоридом.

* Данные представлены в виде $M \pm m$, где M — средняя сумма баллов по четырём основным симптомам вагинальной инфекции, m — возможная погрешность. Для оценки результатов использовали стандартные показатели статистического анализа — критерии Стьюдента и Вилкоксона–Манна–Уитни, а также приёмы описательной статистики.





исчезли, и только четырёх (6,7%) продолжали беспокоить выделения, двоих (3,3%) — зуд и ещё двоих — жжение ($p=0,001$). Аминный тест у всех пациенток стал отрицательным, а pH вагинальных выделений в среднем снизился до 4,44 ($p=0,046$). Микроскопически ни у одной женщины количество лейкоцитов не превышало 10 в поле зрения, «ключевые» клетки отсутствовали.

В целом микрофлора влагалища отреагировала на терапию положительно:

число условно-патогенных бактерий значительно сократилось. Что же касается лактобактерий, то количество пациенток, у которых эти симбионты определялись в титре более 10^6 КОЕ/мл, по окончании терапии практически не изменилось, показав некоторый рост — 26,7% против прежних 23,3%. Это иллюстрирует важное свойство изучаемого препарата — отсутствие отрицательного влияния на состав лактофлоры, что предполагает качественное и быстрое восстановление нормоценоза влагалища.

Таким образом, деквалиния хлорид («Флуомизин») в терапии бактериального вагиноза и неспецифического вагинита у беременных показал хорошую результативность. Не было выявлено ни одного случая побочных реакций, пациентки отметили удобство использования лекарственной формы. Применение вагинальной таблетки на ночь не сопровождается дискомфортом и не нарушает привычный распорядок жизни. Курс лечения короткий — 6 дней.



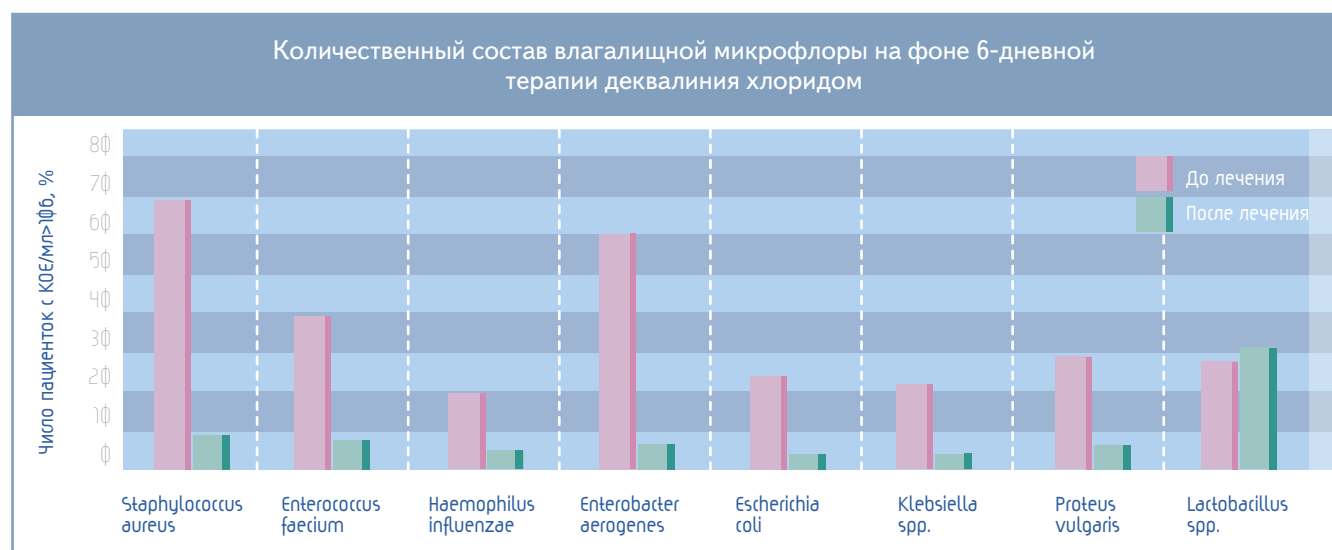
В случае бессимптомного дисбаланса влагалищной экосистемы многие акушеры-гинекологи предпочитают без-

действовать. Такой подход к ведению беременной, несомненно, ошибочен и говорит о непонимании сопряжённых с этим патологическим состоянием рисков²². Дискуссии по этому вопросу должны быть прекращены: лечить бактериальный вагиноз и неспецифический аэробный вагинит, даже мало- и бессимптомные, надо. Следует не только иметь в терапевтическом арсенале средства, обеспечивающие «тактику выжженной земли» (достаточно эффективные метронидазол и клиндамицин), но и позаботиться о нормальной микрофлоре половых путей, в том числе в рамках второго этапа терапии — восстановления вагинального нормоценоза любым средством, разрешённым к применению у беременных (к счастью, арсенал их постоянно растёт).

Природа предусмотрела мощный механизм защиты нижнего отдела женского уrogenитального тракта, заключающийся в биохимически сложном и гармоничном взаимодействии гормонального фона макроорганизма, вагинального эпителия и симбионтных микроорганизмов. И если в случае дисбаланса микробного пейзажа влагалища врач в силах наладить этот естественный механизм, уничтожив патогены, сохранив лактофлору и тем самым в 7 раз снизив риск преждевременных родов (!), следует пользоваться этой возможностью максимально широко. **SP**

[Спектр антисептиков, разрешённых при беременности, чрезвычайно узок, поэтому новые инструменты для работы внедряются особенно быстро.]

Библиографию см. на с. 94–95.



Флуомизин

МНН деквалиния хлорид

**АНТИСЕПТИК широкого спектра действия для
лечения вагинальных инфекций** (бактерии, грибы, простейшие)



- Эффективное лечение бактериального вагиноза без развития “молочницы”
- Разрешен к применению на всех сроках беременности и лактации

Области применения	Схема лечения
Бактериальные инфекции влагалища (вагиноз, вагинит)	1 вагинальная таблетка на ночь в течение 6 дней
Санация влагалища перед гинекологическими операциями и родами	

www.fluomizin.ru

medinova
ШВЕЙЦАРСКОЕ КАЧЕСТВО

Производитель: “Мединова Лтд.”, Швейцария для ООО “Инвар”, Россия, тел.: (495) 534-60-02, www.invar.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.



доказано в России

Исследование БИОС: сравнительная оценка различных схем лечения
бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита



Авторы: Виктор Евсеевич Радзинский, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва); Ирина Михайловна Ордианц, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва)

Копирайтинг: Ольга Катаева

Журнал StatusPraesens на своих страницах часто и с удовольствием публикует материалы, посвящённые результатам исследований в рамках доказательной медицины. Безусловно, обычно такие масштабные клинические испытания выполняются за рубежом, где помимо адекватного финансирования научной деятельности учёным помогает опыт организации крупных многоцентровых исследовательских работ. И тем приятнее возможность представить читателям результаты многоцентровой апробации, охватившей 2 ф клинических центров из 14 городов России и соответствующей строгим критериям доказательной медицины.

Исследование БИОС 2010 года стало не просто ещё одним вкладом в копилку доказательной медицины — оно легло в основу жёстко аргументированного внедрения в практику российских акушеров-гинекологов двухэтапного алгоритма лечения вагинальных инфекций.

Вагинальные заболевания, вызванные условно-патогенной микрофлорой (бактериальный вагиноз, аэробный вагинит), сегодня привлекают очень пристальное внимание научного мира. И дело даже не в их чрезвычайной распространённости (хотя каждая третья-четвёртая пациентка на амбулаторном приёме¹ — веский повод проявить озабоченность) — просто не так давно, буквально в проекции одного десятилетия, выяснилось, что вагиналь-

ные дисбиозы и инфекции оказывают на репродуктивное здоровье женщины слишком заметное влияние.

В список вероятных осложнений попали инфицирование плода, родовой травматизм, невынашивание беременности, ВЗМТ. Оказалось также, что **бактериальный вагиноз усиливает риск преждевременных родов более чем в 7 раз** при выявлении в сроке до 16 нед гестации² — такую статистику по бактериальному вагинозу трудно было даже предположить.

Лечить — и лечить максимально эффективно и окончательно! Именно поэтому было так важно привлечь в исследование БИОС максимальное число ведущих специалистов страны и провести его не локально в Москве или Санкт-Петербурге, а расширить географию, чтобы успешность предлагаемой схемы лечения вагинальных инфекций бактериальной природы была апробирована с захватом всего разнообразия симбиотной и условно-патогенной микрофлоры, действительно неоднородной на территории нашей огромной страны.

География работы

В многоцентровом клиническом исследовании БИОС (Бактериальные Инфекции, Оценка Схем), проведённом в 2010 году, участвовали 20 медицинских клиник из 14 городов России³: **Москва** (Ордянец И.М., Евсеев А.А., Подзолкова Н.М.), **Санкт-Петербург** (Тапильская Н.И., Соколовский Е.В.), **Воронеж** (Минаев Н.Н., Коротких И.Н.), **Казань** (Мальцева Л.И., Фаткуллин И.Ф.), **Самара** (Шляпников М.Е., Завалко А.Ф., Качалина О.В.), **Екатеринбург** (Кононова И.Н., Башмакова Н.В.), **Челябинск** (Долгушина В.Ф., Брюхина Е.В.), **Тюмень** (Кукарская И.И.), **Новосибирск** (Кулешов В.М., Пекарев О.Г.), **Уфа** (Кулавский В.А.), **Ростов** (Авруцкая В.В.), **Краснодар** (Карахалис Л.Ю.), **Ставрополь** (Анташан Г.Г.).

Фигуранты

Проблема частых рецидивов влагалищных дисбиозов и вагинальных инфекций сегодня приобретает глобальный размах — они возникают у каждой четвёртой женщины через 6 мес после окончания стандартного лечения (см. инфографику на с. 96). При этом если принять за аксиому идеологию вагинального нормоценоза как обязательного условия сохранения здоровья женщины, то причина рецидивов становится совершенно очевидной. Дело в том, что стандартные схемы лечения предусматривают устранение неуместных во влагалище инфектов посредством антибиотиков и антисептиков. Таким образом формируется свободная экологическая ниша, которую неминуемо заселяют разнообразные микроорганизмы: либо нормальная лактофлора (и это гарантирует дальнейшую стабильность экосистемы), либо (при сохранении всех предрасполагающих факторов) условно-патогенные бактерии, либо даже облигатно патогенные возбудители.

Именно поэтому элементарная логика диктует целесообразность и необходимость восстановления влагалищного биоценоза (вторым этапом, уже после устранения ненужной и избыточной микрофлоры). Единственное, что мешает быстрому и успешному внедрению двухэтапной терапии — её новизна. Далеко не все клиницисты успели перестроить схему рутинных назначений и включить в неё средства для коррекции влагалищного биоценоза.

Спектр существующих медикаментов для первого этапа — противoinфекционной терапии — довольно широк и представлен в основном двумя группами лекарственных средств: антисептиками и антибиотиками (более 20 торговых

наименований!). При этом в условиях глобальной угрозы формирования суперинфектов (уже сейчас в российских больницах растёт число больных с инфекционными заболеваниями, при которых эффективен только один антибиотик либо не эффективен ни один) чрезвычайно важно назначать антибиотики как можно реже, отдавая предпочтение антисептикам, эффективным сразу против грамположительных и грамотрицательных бактерий (особенно анаэробов), простейших и грибов.

В этом контексте, безусловно, заслуживает внимания антисептик деквалиния хлорид («Флуомизин»), появившийся на российском рынке в 2010 году. В Германии его применяют уже более 20 лет, и за это время не зарегистрировано ни одного случая формирования к нему резистентности. Деквалиния хлорид в гинекологии применяют для лечения бактериального вагиноза, кандидозного, трихомонадного и неспецифических вульвовагинитов. Не менее важно, что при интравагинальном введении крайне незначительное количество препарата всасывается в системный кровоток и выводится в неконъюгированной форме через кишечник — это минимизирует риск побочных эффектов. Деквалиния хлорид был включён в перечень средств, применяемых на первом этапе исследования.

Для достижения целей второго этапа кроме ранее известных пробиотиков может быть использован препарат для местного применения — «Гинофлор Э», содержащий большое количество жизнеспособных ацидофильных лактобактерий (*Lactobacillus acidophilus*; не менее 100 млн), а также 0,03 мг эстриола. Опыт применения этого препарата в Германии и других странах Евросоюза показал его высокую эффективность в лечении вагинальных инфекций, атрофических вагинитов, для восстановления микробного пейзажа влагалища. В ряде зарубежных исследований было показано, что применение комбинации лактобактерий и эстриола на втором этапе лечения более действенно для лечения неспецифических и атрофических вульвовагинитов по сравнению с использованием препаратов, содержащих только лактобактерии⁴. «Гинофлор Э» также был прицельно исследован в рамках проведённой научной работы.

[Антибиотики следует назначать как можно реже, отдавая предпочтение антисептическим препаратам.]

Материалы и методы

В исследование вошли 623 пациентки в возрасте 18–55 лет с диагнозами бактериальный вагиноз (409 женщин) и неспецифический бактериальный вульвовагинит (214).

Критерии включения в апробацию были следующие.

- Бактериальный вагиноз или вагинит (в том числе анаэробный). Бактериальный вагиноз диагностировали при наличии «ключевых» клеток, положительного аминного теста и pH более 4,5; неспецифический бактериальный вульвовагинит — при числе лейкоцитов более 20–25 в поле зрения и смешанной бактериальной микрофлоре при микроскопии мазка.

- Согласие на использование барьерной контрацепции (презерватив) на период исследования.
- Отсутствие беременности.
- Соблюдение схем лечения и регулярное посещение врача на период исследования.
- Подписание информированного согласия на участие.

Помимо беременности или периода лактации **критериями исключения** считали: острые ВЗОМТ или обострения хронических; сопутствующие ИППП (сифилис, ВИЧ, гонорея; хламидийная, микоплазменная инфекции; ВПЧ, гени-

назначены интравагинально свечи с деквалиния хлоридом («Флуомизин»).

Женщинам (n=213) с неспецифическим бактериальным вульвовагинитом также назначали деквалиния хлорид интравагинально ежедневно на ночь на протяжении 6 дней.

Второй этап предполагал оценку целесообразности коррекции вагинального биотопа после завершения противомикробной терапии. На этом этапе всех пациенток разделили на две группы. Женщинам основной группы назначили «Гинофлор Э» по одному суппозиторию на ночь в течение 6 дней. В случае не-

Первый этап был ожидаемо эффективен во всех группах: исчезали клинические проявления, сумма критериев Амсея уменьшалась, а лабораторные показатели постепенно нормализовались.

Интересно было сравнить, какая группа препаратов позволила успешнее добиться цели — выздоровления пациенток. Деквалиния хлорид уменьшал **вагинальные выделения** у 81% женщин — вполне сопоставимо с комбинированными препаратами (88%) и антибиотиками (79%). Среди антисептических средств деквалиния хлорид лидировал: два других представителя этой группы сокращали бели у 71% пациенток ($p < 0,005$).

Все схемы терапии были примерно одинаково эффективны в плане подкисления влагалищной среды, однако если применение комбинированных антибактериальных препаратов и деквалиния хлорида обеспечивало нормальный pH у каждой второй женщины, то прочие антисептики — лишь у каждой третьей. Все схемы терапии действительно сокращали **число «ключевых» клеток в мазках**, а также обеспечивали достижение отрицательных результатов **аминного теста**. В цифрах это выглядело так: антибиотики и деквалиния хлорид проявили практически абсолютную активность (98 и 93% соответственно), за ними следовали комбинированные препараты (91%), а затем — остальные антисептики (85%).

Всего две женщины из группы с бактериальным вагинозом отметили у себя такие нежелательные явления, как зуд, жжение, ощущение жара, однако эти симптомы прошли достаточно быстро после отмены препарата и не потребовали дополнительного фармакологического вмешательства.

Несмотря на удовлетворительные итоги противoinфекционного этапа терапии, стоит отметить, что в целом примерно 20–30% пациенток по-прежнему отмечали наличие патологических белей, у каждой 13–15-й аминотест оставался положительным и исследователи дополнительно обнаруживали «ключевые» клетки; и у каждой второй сохранялось повышение pH среды влагалища. Таким образом, вопрос, достаточно ли только противoinфекционной терапии при бактериальном вагинозе, был снят.

Группа женщин с неспецифическим вульвовагинитом. В этой группе патологические выделения беспокоили практи-

[Наиболее рационально в клинической практике применять двухэтапную схему терапии.]

тальный герпес с клиническими проявлениями; трихомонадный и кандидозный вульвовагиниты — диагнозы подтверждали с помощью ПЦР, NASBA*, анализов крови на наличие сифилиса и ВИЧ-инфекции); злокачественные заболевания любой локализации; эндометриоз, миома матки, гиперпластические процессы эндометрия; непереносимость компонентов препарата; предварительное лечение другими антисептиками или антибиотиками не менее чем за 7 дней до включения в исследование.

Апробацию проводили в два этапа, **первый** предполагал применение антибиотиков или антисептиков. При этом с целью соблюдения рандомизации 409 пациенток разделили на четыре группы. В **первую** группу вошли 129 женщин, которым назначали комбинированные интравагинальные средства «Тержинан» (тернидазол + неомицина сульфат + нистатин + преднизолон), «Нео-пенотран» (метронидазол + миконазол) или «Клион-Д» (метронидазол + миконазол), в каждой подгруппе было не менее 30 участниц. Для **второй** группы пациенток (а их было 43) в качестве лечения выбрали свечи с клиндамицином. В **третьей** группе 93 пациентки получали антисептические суппозитории хлоргексидина или повидон-йода. В **четвертой** группе 144 женщинам были

достаточной клинической и/или микробиологической эффективности лечение продолжали до 12 дней. Пациентки из группы сравнения не получали препараты для восстановления микрофлоры влагалища после завершения курса антибактериальной терапии.

Чтобы оценить эффективность каждого из применяемых средств, анализировали динамику жалоб, объективного осмотра, микроскопии и pH содержимого влагалища, изменения положительного аминотеста при первом визите (при включении в исследование) на отрицательный при втором (после окончания первого этапа лечения) и третьем (после окончания второго этапа) визитах. Выраженность симптомов (дискомфорт, зуд, жжение, патологические бели, гиперемия, отёк) оценивали в баллах от 0 до 2.

Результат: первый этап

Группа пациенток с бактериальным вагинозом. В этой группе кроме патологических белей, беспокоящих всех женщин, фигурировали жалобы на жжение (97,8%) и зуд (98,3%). Почти все участницы (96,6%) отмечали дискомфорт в области наружных половых органов. По количеству жалоб до лечения все четыре группы статистически значимо не различались: количество симптомов составляло от пяти до семи, сумма критериев Амсея во всех четырёх группах до лечения — 4 балла.

* Определение последовательности нуклеиновых кислот с помощью амплификации (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification).

чески всех женщин — 96–100%. Другими симптомами были зуд (88,7%), жжение (91,5%), дискомфорт во влагалище (95,8%), неприятный запах из половых путей (91,5%).

По итогам лечения результативными оказались все четыре схемы, хотя наилучшие показатели всё равно были у антибиотиков, комбинированных препаратов и деквалиния хлорида.

В целом после окончания первого этапа у каждой пятой пациентки сохранялись жалобы на **патологические выделения и дискомфорт**, у каждой десятой — неудовлетворительные результаты **бактериоскопического исследования**, 5% женщин продолжал беспокоить **неприятный запах из половых путей**.

Побочные эффекты выявлены у трёх пациенток: локальное раздражение слизистых оболочек от вводимых препаратов у одной женщины, получавшей антибиотики, и у двоих, применявших хлоргексидин и повидон-йод.

Таким образом, исследователи сделали вывод: деквалиния хлорид по эффективности вполне может быть поставлен в один ряд с давно применяемыми антибиотиками и комбинированными средствами. В целом результаты первого этапа терапии показали, что, несмотря на всю серьёзность применяемых препаратов, для излечения этого недостаточно.

Результат: второй этап

Во **втором этапе** исследования приняли участие 550 пациенток. 315 женщин вошли в первую группу — им был назначен «Гинофлор Э». Группу сравнения составили 235 женщин, во все не получавших лечения, направленного на восстановление микрофлоры влагалища.

О результативности коррекции биоценоза влагалища как второго этапа терапии можно было судить по двум группам показателей: клинической симптоматике и восстановлению пула лактофлоры.

[О двухэтапной терапии говорят так много, что кажется, будто сегодня это уже «старо как мир».]



© Чепко Данил / фотобанк Лори

По показателю «патологические выделения» число излеченных возросло с 76 до 93% — статистически достоверное улучшение ($p > 0,001$). Для сравнения: в контрольной группе у 5% женщин патологические выделения из влагалища, наоборот, возобновились.

Что касается количества лактобактерий, то у 81% применявших «Гинофлор Э» эти симбионты стали основной микрофлорой влагалища, тогда как в группе контроля — только у 35%. Безусловно, в ряде случаев организм способен без дополнительного фармакологического вмешательства справиться с задачей успешного восстановления микрофлоры. Однако эта цифра **в 2,3 раза меньше** успехов, достигнутых двухэтапной схемой — наиболее полноценной в отношении пациенток с вагинальными инфекциями.

Не менее показательной стала и нормализация pH влагалища ещё у 18% женщин, принимавших «Гинофлор Э». Для сравнения: у 2% исследуемых из контрольной группы показатель pH приобрёл щелочное значение.



Выводы масштабного исследования БИОС таковы.

1. Деквалиния хлорид показал высокую клиническую эффективность в лечении бактериального вагиноза и неспецифического бактериального вульвовагинита, сравнимую с применением комбинированных препаратов и антибиотиков, достоверно превышающую таковую при использовании других антисептиков. Лечение этим препаратом безопасно, не вызывает побочных эффектов и хорошо переносится больными.

2. Использование «Гинофлора Э» (содержащего лактобактерии и микродозу эстриола) на втором этапе лечения бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита достоверно повышает эффективность терапии, способствует восстановлению влагалищного биотопа.

3. Наиболее рационально в клинической практике применять двухэтапную схему терапии. На первом этапе лечения элиминируют условно-патогенных возбудителей и анаэробов, на втором — создают оптимальную физиологическую среду во влагалище и восстанавливают нормальный или близкий к нормальному микробиоценоз влагалища.

Столь масштабная многоцентровая апробация различных схем терапии неспецифических бактериальных поражений вульвы и влагалища делает бессмысленными споры о том, как лечить таких пациенток. Изолированное применение антибиотиков или антисептиков не только не сокращает частоту дисбиозов, но и повышает риск инфекционно-воспалительных заболеваний⁵. Дело в том, что, ограничиваясь только этими мерами, врач лишь усугубляет исходный дисбаланс вагинальной микрофлоры, и дальнейшие нарушения микробиоценоза влагалища будут носить в том числе и ятрогенный характер.

Восстанавливать биоценоз после завершения курса противомикробной терапии — мероприятие настолько обязательное, что должно быть зачислено в список рутинных. Теперь это убедительно доказано в том числе и в России. **SP**

Библиографию см. на с. 94–95.



Для библиографических ссылок

- Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Менструальные нарушения как социальная проблема // StatusPraesens. М.: Изг-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 57–60.
- Шаргородская А.В. Современные возможности лечения и профилактики генитального герпеса и ВПЧ-инфекции // StatusPraesens. М.: Изг-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 62–66.
- Андреева Е.Н. Лечение больных с обильными менструациями. Обзор терапевтических возможностей // StatusPraesens. М.: Изг-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 68–72.

**via
scien
tia
rum**

менструальный цикл: парадоксы XXI века

Менструальные нарушения как социальная проблема



Авторы: Вера Николаевна Прилепская, засл. деятель науки РФ, проф., докт. мед. наук, зам. директора по науке ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»; Елена Анатольевна Межевитинова, докт. мед. наук, ст. научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»

XX век, эпоха технической и научной революции, впервые за всю историю человечества открыл перед женщинами широкие социальные горизонты: они получают полноценное образование и работу по любой желаемой специальности, планируют количество детей и время их появления на свет, строят карьеру и бизнес. Мы должны признать: современная женщина вырвалась из вечного круга «зачатие — беременность — роды — лактация — зачатие».

Однако случайно ли, что в наши дни среди всех учитываемых гинекологических заболеваний лидируют нарушения менструального цикла (Минздравсоцразвития РФ, 2009)? Осветить эту проблему — настоящий парадокс XXI столетия! — редакция журнала StatusPraesens попросила одного из наиболее известных и харизматичных акушеров-гинекологов страны — проф. Веру Николаевну Прилепскую — и её учеников.

В последнее время с трибун научных конференций и со страниц авторитетных научных журналов всё чаще высказывается идея о том, что с точки зрения физиологии женской репродуктивной системы, запрограммированной на продолжительные периоды относительного однообразия гормонального фона во время беременности и последующей лактации, ежемесячную овуляцию следует расценивать как **избыточную, биологически нецелесообразную нагрузку**, особенно в тех многочисленных циклах, когда для зачатия нет никаких предпосылок.

Как бы то ни было, учащение овуляций у современной женщины — нефизиологичная «эксплуатация» яичников — сопровождается чрезвычайно высокой частотой нарушений менструального цикла. Если учитывать лёгкие формы, распространённость дисменореи в популяции достигает 82%. Неудивительно, что ещё с конца прошлого

века врачебное сообщество столкнулось с неожиданной тенденцией — всё чаще пациентки стали заявлять о том, что не хотели бы менструировать вовсе.

До наступления эры женской эмансипации с начала XX века, а затем контрацепции (со второй половины XX века) девушки вступали в брак традиционно рано со всеми следствиями: большое количество беременностей и родов, длительный, до 3 лет, период кормления грудью. В течение жизни женщина в среднем претерпевала относительно небольшое число овуляций — около 160 (соответственно, примерно столько же было и менструаций), а менопауза в среднем наступала раньше, чем у наших современниц, — в 43 года.

В наше время отношение человечества к реализации репродуктивной функции в целом претерпело серьёзные изменения: гораздо более типичными стали небольшое число родов, частые аборт (а значит, и их осложнения!),

непродолжительный период грудного вскармливания, «хроническая» овуляция — около 450 на протяжении жизни. Средний возраст менопаузы значительно отодвинулся (в наши дни это 51 год, что можно расценивать как показатель улучшения общего здоровья); продлился и репродуктивный период.

Скорее всего наблюдаемый рост распространённости гинекологических заболеваний (таких как миома матки, эндометриоз, рак яичников и эндометрия, гиперпластические процессы эндометрия) мог стать следствием вышеупомянутых изменений среднего количества менструальных циклов и овуляций.

Среди патологических состояний, сопровождающих менструацию, наиболее часто отмечают предменструальный синдром, дисменорею, дисфункциональные маточные кровотечения, овуляторные боли и апоплексию яичника.



© Fredric Prohasson / Fotolia

[Разумный контроль менструаций, регулирование их продолжительности, интервалов между циклами — вот что представляется оптимальным в современных условиях и весьма востребовано женщинами.]

Опросы: чего хотели бы сами женщины

В 1999 году в Голландии был проведён крупномасштабный опрос, включивший 1300 женщин и показавший, что менструировать ежемесячно согласны только треть пациенток. 15,9% женщин не хотели бы иметь менструаций вообще. Сходные данные показывают другие подобные опросы. Среди причин, по которым менструации оказались «в опале», женщины называли желание повысить качество жизни, уменьшить кровопотерю и болезненные ощущения, улучшить гигиену и психологическое состояние; немаловажной оказалась и возможность не делать ежемесячной паузы в сексуальных отношениях.

Действительно, менструация доставляет женщине неудобства: болевые ощущения, вегетативные расстройства, потеря железа при обильном кровотечении, общий дискомфорт и даже психологическое напряжение из-за страха оказаться в неловкой ситуации. Ежемесячно значимое количество девушек и женщин по причине болезненных менструаций не выходят на работу и учёбу. По данным одного из исследований 2004 года, лишь 10% женщин не отмечают болезненности при месячных, тогда как у 22% менструации болезненны всегда. Каждый месяц в течение 1–3 дней нетрудоспособны по причине дисменореи от 10 до 15% женщин; в отечественной литературе приводятся рекомендованные сроки для выдачи больничного листа — от 1 до 5 дней.

Современные гормональные средства позволяют полностью отказаться от менструаций. Однако насколько это разумно? Скорее всего это было бы слишком грубым вмешательством в физиологические процессы. Не прекращение менструаций, а лечение и профилактика нарушений менструального цикла представляются наиболее правильным медицинским решением. Разумный контроль менструаций, регулирование их продолжительности, интервалов между циклами — вот что представляется оптимальным в современных условиях и весьма востребовано женщинами.

Дисменорея и простагландины: прямая связь

Итак, дисменорея. Это циклически проявляющееся расстройство менструаций, характеризующееся болями внизу живота, пояснице и крестце, сопровождающееся комплексом вегетативных и нейроэндокринных нарушений: мигрень, сердцебиения, рвота, понос, кожные сыпи, нарушения сна и др. У женщин, не получающих лечения, патологический процесс прогрессирует: если в 19 лет пациентка отмечает лишь боль во время менструации, то в 29 лет женщина вместе с этим жалуется на головную боль и вегетативные нарушения. В 39 лет уже отмечаются депрессивные расстройства, которые могут перейти в дальнейшем в климактерический синдром. Наиболее часто дисменорею диагностируют в возрасте 20–27 лет¹.

Условно дисменорею подразделяют на первичную (функциональную, спазматическую), возникающую пре-

имущественно у молодых нерожавших женщин, не имевших прежде гинекологических заболеваний, и вторичную (органическую), обусловленную органическими изменениями в органах малого таза. Наиболее частыми причинами вторичной дисменореи по-прежнему остаются воспалительный процесс в органах малого таза и эндометриоз, однако к дисменорее могут приводить и другие состояния:

- миома матки;
- опухоли яичников;
- спаечный процесс в малом тазу;
- пояснично-крестцовый радикулит, невралгии копчикового сплетения;
- пороки развития половых органов;
- туберкулёз гениталий (в отношении которого акушеры-гинекологи слишком часто не проявляют настороженности, забывая оценивать выраженность общей интоксикации).

Причиной дисменореи может служить также внутриматочный контрацептив.

Существует мнение, что первичная дисменорея есть недиагностированная вторичная. Таким образом, **диагноз первичной дисменореи ставят только после исключения всех возможных причин вторичной**. Нельзя забывать о простом правиле: успех в ведении пациенток с дисменореей в первую очередь зависит от точной диагностики причин.

Первичная же дисменорея связана больше с аномальным повышением **концентрации в эндометрии простагландинов**, что обусловлено в первую очередь недостаточной концентрацией прогестерона во вторую фазу цикла. Раздражение нервных окончаний и гуморальная активность избыточных простагландинов (выступающих в роли провоспалительных медиаторов) как раз и приводят к многоликой симптоматике дисменореи: спазму и ишемии миометрия, повышению внутриматочного давления, патологической импульсации в гипоталамус, а также к системным эффектам гиперпростагландинемии (от общего чувства разбитости до повышения температуры тела).

Ещё в 1980-х годах было установлено, что синтез простагландинов в эндометрии — гормонально зависимый процесс. Ключевую роль в нём играют два фермента — циклооксигеназа 2-го типа (ЦОГ-2) и простагландинсинтетаза. О стимулирующем влиянии эстрогенов

на ЦОГ-2, представленной в клетках стромы эндометрия, в 1990-х годах сообщали ряд исследователей. Так, возрастает концентрация простагландинов $F_{2\alpha}$ и E_2 ²⁻⁴. С другой стороны, прогестерон обладает выраженным подавляющим влиянием на ЦОГ-2 и простагландинсинтетазу^{2,5,6}. Более того, выяснилось, что этот гормон увеличивает активность фермента, ответственного за деградацию уже образовавшихся простагландинов⁷.

При резком снижении уровня прогестерона незадолго до менструации резко возрастает активность простагландин-

синтетазы и ЦОГ-2, и в эндометрии скачкообразно растёт концентрация простагландинов $F_{2\alpha}$ и E_2 , имеющих, как уже было сказано, ярко выраженные провоспалительные свойства.

Опираясь на патогенез

На сегодня существуют три метода патогенетически обоснованного лечения.

1. Аналоги прогестерона, принимаемые во вторую половину цикла, усиливают гестагенное «плечо» гормональных колебаний естественного цикла, оказывая

[При резком снижении уровня прогестерона незадолго до менструации в эндометрии резко повышается концентрация простагландинов $F_{2\alpha}$ и E_2 , имеющих ярко выраженные провоспалительные свойства.]

Менструация и общество: сложные отношения

Отношение человечества к такому физиологическому явлению, как менструация, издавна характеризовалось негативными тенденциями — ежемесячные кровотечения у женщин считались чем-то плохим, нечистым, приносящим вред. Так, древнеримский философ Плиний всерьёз полагал (и оставил письменные свидетельства своей курьёзной точки зрения), что «...от контакта с менструальной кровью свежее вино становится кислым, зерновые культуры — бесплодными, лезвие сабли тупеет, а пчёлы погибают».

В некоторых племенах на период менструации женщин заставляли уходить в специальную деревню, где они жили изолированно от основного племени до завершения кровотечения.

Традиция считать менструации чем-то скверным сохраняется и сегодня во многих странах. Например, в России есть неписаное правило, что менструирующей женщине нельзя заходить в церковь.



Плиний Старший [Гай Плиний Секундус, 23–79 годы н.э.] — один из самых авторитетных римских философов, автор самого длинного текста на латыни, созданного в античный период. Его первое в мире энциклопедическое издание «Естественная история» (Naturalis Historia) в 37 томах, составленное для императора Тита, вплоть до Средневековья считалось лучшей мировой энциклопедией. Даже в наши дни интернет предлагает множество ссылок на запрос «скачать Естественную историю Плиния».

[Выработка медиаторов воспаления (простагландинов) в эндометрии — гормонозависимый процесс. Эстрогены стимулируют его, а прогестерон — наоборот.]

хороший терапевтический эффект^{8–11}. Поскольку избыточное количество простагландинов образуется лишь при относительном дефиците прогестерона, то купируются дисменорея и одновременно (!) другие нарушения менструального цикла.

2. КОК. За счёт выключения и последующего замещения функции собственных женских половых гормонов они фактически «обнуляют» все гормональные нарушения, создавая извне физиологическую концентрацию эстрогенов и — главное! — гестагенов. Этот вариант особенно удобен в том случае, если женщине помимо коррекции дисменореи необходим собственно контрацептивный эффект. Успешность подобного лечения доказана многочисленными исследованиями^{12–14}: под воздействием КОК менструальный цикл протекает с циклическими соотношениями гормонов, соответствующими физиологическим, но без «неэкономичной» овуляции.

3. Ингибиторы циклооксигеназы — хорошо известны нам НПВС. Эффективность этой группы препаратов для симптоматического лечения доказана как многочисленными исследованиями¹⁵, так и практическими результатами. Единственный значимый недостаток — отсутствие какого бы то ни было эффекта на сам менструальный цикл, нарушения которого нередко сопровождают дисменорею. (Побочные эффекты со стороны пищеварительного тракта не в счёт, поскольку современные селективные ингибиторы ЦОГ-2, например целекоксиб или нимесулид, их лишены.)

* Зарегистрирован в России под торговым названием «Дюфастон».

Всё дело в рецепторах

Дидрогестерон оказывает действие, аналогичное эффектам натурального прогестерона, однако при этом имеет и отличительные свойства, самое главное из которых — гораздо более выраженный эффект при меньших концентрациях. За счёт небольшой модификации молекулы дидрогестерон («Дюфастон») по прогестагенной активности в 10–30 раз превышает натуральный прогестаген. Небольшой дозы дидрогестерона — 20 мг — уже достаточно для обеспечения полноценной секреторной трансформации эндометрия. Дидрогестерон эффективен при предменструальном синдроме, уменьшает сократительную активность матки, обладает антиэстрогенным эффектом.

Схема лечения в рамках коррекции первичной дисменореи: по 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й день цикла.

Собственно прогестагены используют в медицине уже в течение длительного времени — более 40 лет. Гестагены как эффективный способ коррекции менструальных нарушений (с минимальным вмешательством в физиологические процессы) представлены прогестероном и его аналогами для системного применения (дидрогестероном*). Именно системное воздействие позволяет получить развёрнутый эффект на всех уровнях регуляции репродуктивной системы, не исключая гипоталамо-гипофизарную её часть.

Удовлетворительная эффективность дидрогестерона в лечении дисменореи и предменструального синдрома подтверждена с позиций доказательной медицины в 1980-х годах серией клинических испытаний.

Впервые об указанной активности сообщили в январе 1980 года немецкие учёные¹⁶: эффект оказался довольно заметным, поэтому многие участницы этого непродолжительного исследования выразили желание продлить курс лечения в соответствии с рекомендациями. В 1984 году из Франции последовало сообщение о хорошем клиническом эффекте дидрогестерона у 84 девушек-подростков с дисменореей¹⁷; в 1998 году о такой же эффективности у 55 девушек-подростков сообщили польские исследователи¹⁸. В новом тысячелетии добавились публикации об эффективности дидрогестерона и натурального прогестерона в лечении дисфункциональных маточных кровотечений¹⁹.

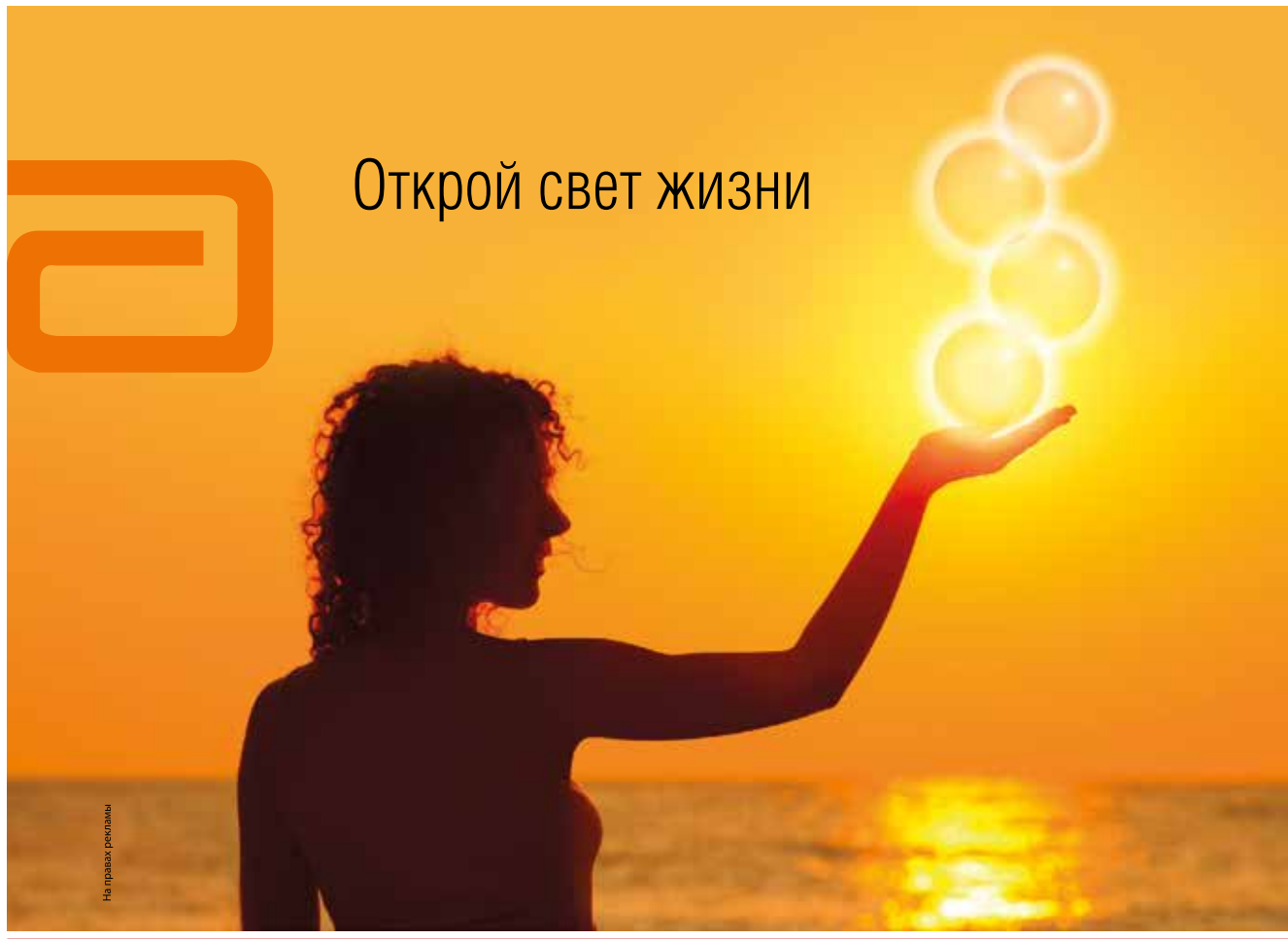
Многочисленные российские работы последнего десятилетия лишь подтвердили действенность дидрогестерона в решении указанных клинических проблем^{20–23}: Е.А. Ульрих и соавт. (2003), И.В. Кузнецова, Н.М. Подзолкова (2004), А.Н. Стрижаков и соавт. (2007), Е.А. Межевитинова, Э.Р. Довлетханова (2010).



Применение аналогов половых стероидных гормонов — одно из удачных решений для столь распространённых проблем, как нарушения менструального цикла и дисменорея. Однако, к сожалению, практикующие врачи до настоящего времени испытывают некоторое недоверие к гормональным средствам в гинекологии, несмотря на вполне физиологическое действие этих препаратов.

И если применительно к перименопаузальному периоду врачебное сообщество достаточно хорошо информировано и прилагает значительные усилия, чтобы провести женщину через этот критический период жизни с минимальными потерями (правда, отдавая приоритет симптоматической, а не патогенетической терапии), то в отношении репродуктивного возраста и периода становления менструаций мы работаем недостаточно активно, хотя именно это и есть профилактическая медицина, дающая возможность женщинам жить без боли и чрезмерных кровотечений. Чтобы пациентка не тяготилась неизбежным следствием «бездействия» своей репродуктивной системы и не задумывалась о том, что она «...была бы не прочь совсем отказаться от предназначенного ей природой». 

Библиографию см. на сайте www.praesens.ru



На правах рекламы

2012/07-987

Открой свет жизни

дюфастон®
 гидрогестерон
 Созданный светом

ДЮФАСТОН®. МНН: гидрогестерон. **Регистрационный номер:** П N011987/01. **Показания к применению:** прогестероновая недостаточность. Состояния, характеризующиеся дефицитом прогестерона: эндометриоз; бесплодие, обусловленное лютеиновой недостаточностью; угрожающий или привычный выкидыш (при недостаточности прогестерона); предменструальный синдром; дисменорея, нерегулярные менструации; вторичная аменорея (в комплексной терапии с эстрогенами); дисфункциональные маточные кровотечения. Заместительная гормональная терапия: для нейтрализации пролиферативного действия эстрогенов на эндометрий в рамках ЗГТ у женщин с расстройствами, обусловленными естественной или хирургической менопаузой при интактной матке. **Противопоказания:** гиперчувствительность к гидрогестерону или другим компонентам препарата. **С осторожностью:** кожный зуд во время предшествовавшей беременности. В настоящее время нет данных об отрицательном действии гидрогестерона у пациентов с хронической почечной недостаточностью. **Применение во время беременности и лактации:** препарат может применяться во время беременности (см. показания к применению). Гидрогестерон выделяется с материнским молоком. Грудное вскармливание во время приема Дюфастона не рекомендуется. **Способ применения и дозы:** применяется внутрь. Эндометриоз: 10 мг 2-3 раза в день с 5-го по 25-й день цикла или непрерывно. Бесплодие (обусловленное лютеиновой недостаточностью): 10 мг в день с 14-го по 25-й день цикла в течение 6, как минимум, следующих друг за другом циклов. Лечение рекомендуется продолжать в первые месяцы беременности так, как это рекомендовано при привычном аборте. Угрожающий аборт: 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов. Привычный аборт: 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности, с последующим постепенным снижением дозы. Предменструальный синдром: 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Дисменорея: 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й день цикла. Нерегулярные менструации: 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Аменорея: эстрогенный препарат 1 раз в день с 1-го по 25-й день цикла вместе с 10 мг Дюфастона 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Дисфункциональные маточные кровотечения (для остановки кровотечения): 10 мг 2 раза в день в течение 5 или 7 дней. Дисфункциональные маточные кровотечения (для предупреждения кровотечения): 10 мг два раза в день с 11-го по 25-й день цикла. ЗГТ в сочетании с эстрогенами: при непрерывной схеме приема эстрогенов – по 1 таб. гидрогестерона 10 мг в день в течение 14 дней в рамках 28-дневного цикла. При циклической схеме приема эстрогенов – по 1 таб. гидрогестерона 10 мг в день в течение последних 12-14 дней приема эстрогенов. Если биопсия или ультразвуковое исследование свидетельствует о недостаточной реакции на прогестагенный препарат, суточная доза гидрогестерона должна быть повышена до 20 мг. **Побочное действие:** головная боль/мигрень, повышенная чувствительность молочных желез, аллергические реакции, такие как кожная сыпь, зуд, крапивница. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению. Передозировка:** при случайном приеме в дозе значительно выше терапевтической рекомендуется промывание желудка. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** индукторы микросомальных ферментов печени (фенобарбитал, рифампицин) могут ускорять метаболизм гидрогестерона и снижают эффект. **Особые указания:** у некоторых пациентов могут наблюдаться прорывные кровотечения, которые, могут быть предотвращены путем увеличения дозы препарата. В случае назначения гидрогестерона в комбинации с эстрогенами (например, для ЗГТ) следует внимательно ознакомиться с противопоказаниями и предупреждениями, связанными с применением эстрогенов. Во время лечения рекомендуется периодически проводить контроль индивидуальной переносимости ЗГТ. Иногда в течение первых месяцев лечения возможно возникновение прорывных кровотечений. Пациентов следует тщательно обследовать при наличии в анамнезе прогестерон-зависимой опухоли (например, менингиомы), а также в случае ее прогрессирования во время беременности или в течение предшествовавшей гормональной терапии. Пациентам с генетически обусловленной непереносимостью галактозы, недостаточностью лактазы или синдромом мальабсорбции не следует принимать данный препарат. **Срок годности:** 5 лет. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Информация для медицинских работников, не для пациентов. ИПМ от 14.02.12.**

125171, Москва, Ленинградское шоссе, дом 16а, строение 1,
 бизнес-центр «Метрополис»
 Тел.: +7 (495) 258 42 80
 Факс: +7 (495) 258 42 81
www.abbott-russia.ru

Abbott
 A Promise for Life



вирусные войны: стратегический потенциал

Современные возможности лечения и профилактики
генитального герпеса и ВПЧ-инфекции



Автор: Анна Витальевна Шарпорогская,
ФГБУ «Эндокринологический научный центр»
Минздрава РФ (Москва)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина,
канд. мед. наук Светлана Маклецова

Среди всего многообразия инфекционных заболеваний половых путей самыми проблемными для клинициста всегда были и будут вирусные поражения. Причины для сложностей несколько. Во-первых, по сравнению с заболеваниями бактериальной и грибковой этиологии вирусные инфекции гораздо скуднее по симптоматике и часто протекают латентно — именно поэтому большой пул инфицированных женщин остаётся вне поля зрения врачей. Во-вторых, даже установленный факт инфицирования не означает решения проблемы. Чем лечить? Чрезвычайно узкий арсенал средств, часть из которых к тому же относят к пресловутой группе «иммуномодуляторов», бедность доказательной базы и сложность прогнозирования эффекта — вот лишь некоторые из трудностей на пути преодоления проблемы вирусных инфекций в гинекологии.

Если говорить о вирусах, способных поражать генитальный тракт, то их перечень чрезвычайно разнообразен. Лидируют при этом два — вирус простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2) и вирус папилломы человека (ВПЧ).

Простой герпес, пожалуй, самая распространённая вирусная инфекция человечества. По данным российских ис-

следователей, антитела к ВПГ 1-го типа выявляют у 99,4% жителей нашей страны, то есть почти каждый россиянин проконтактировал с этим вирусом (и скорее всего вирус навсегда поселился внутри клеток его нервных ганглиев). Второй тип распространён чуть меньше, однако всё равно в рекордных масштабах. Выявляемость антител к ВПГ-2

увеличивается пропорционально возрасту: от 1% в 14 лет до 37,5% в 64 года, причём у женщин чаще¹. И хотя генитальный герпес обычно обусловлен ВПГ-2, первый тип вируса также способен поражать кожу аногенитальной области.

Обязательная регистрация случаев генитального герпеса в нашей стране была введена в 1993 году. Однако до сих пор она зачастую формальна — сами больные редко обращаются за медицинской помощью из-за незнания симптомов и бессимптомного течения, да и не каждый врач способен предположить наличие ВПГ-инфекции также по причине бессимптомности и/или атипичности проявлений². Кроме того, лабораторий, способных выполнить качественную и объективную диагностику ВПГ-инфекции, в стране явно недостаточно. По всей видимости, перечисленные факторы влияют на то, что заболеваемость генитальным герпесом в РФ имеет стабильную тенденцию к увеличению: в 2,9 раза за период с 1994 по 2005 год (с 7,4 до 21,7 на 100 тыс. населения)^{3,4}. При этом женщины в возрасте наибольшей половой активности (18–39 лет) представляют собой группу риска, в которой заболеваемость генитальным герпесом составляет 135,7 на 100 тыс.¹ О распространённости ВПЧ-инфекции журнал *SP* писал уже много, однако в особом акценте по-прежнему нуждаются два факта. Во-первых, экспозиция вируса в популяции, по данным некоторых исследователей, достигает 80%⁵: с вирусом контактируют в течение жизни четыре из пяти жителей Земли. Во-вторых, ВПЧ обнаруживают в 50–80% образцов материала с шейки матки, в которых выявлена CIN II и III степени, и в 90% — при инвазивном раке.

Нередко, кстати, ВПЧ и ВПГ могут встречаться одновременно (около 9% случаев инфицирования), да ещё и при «артиллерийской поддержке» цитомегаловирусов, гарднерелл, дрожжеподобных грибов, хламидий и микоплазм⁶.

Немая угроза

Безусловно, пузырьковые поражения при генитальном герпесе пропустить сложно — вынуждаемая симптоматикой женщина довольно быстро обратится за медицинской помощью. Однако частота манифестных проявлений вирусной инфекции на общем фоне высокой распространённости стремится к нулю: у подавляющего большинства пациенток симптоматики как таковой попросту нет. Тем не менее присутствие вирусов в организме в этом случае гораздо более опасно, поскольку не курируется врачом. Именно поэтому в мире **ежедневно** около 1300 женщин заболевают раком шейки матки (данные ВОЗ), каждые 2 мин одна женщина умирает от этого новообразования, а каждую минуту диагностируют новый случай заболевания.

Связь ВПЧ и рака шейки матки мало того что неоспоримо подтверждена (как было указано, 90% чёткой ассоциации) — её уже успели отметить Нобелевской премией 2008 года. А вот недавние новости в отношении связи цервикальной неоплазии с ВПГ-2 только-только накапливают доказательную базу. Тут уместно процитировать результаты крупного исследования 2012 года⁷, куда были включены 567 пациенток с разнообразными заболеваниями шейки матки: 333 женщины с цервицитом, 210 — с CIN, 24 — с плоскоклеточной карциномой. Группу сравнения составили 233 здоровые женщины. Результаты:

изолированно ВПГ-2 почти в 5 раз чаще выявляли у женщин с CIN и плоскоклеточным раком шейки матки по сравнению со здоровыми пациентками. Данные о связи CIN и рака с коинфекцией ВПЧ и ВПГ-2 получились совсем впечатляющими: в 34 раза чаще, чем у здоровых женщин, при CIN и в 61 раз — при плоскоклеточном раке. А вот ВПГ-1 оказался довольно безобидным и в связи с цервикальной неоплазией учтён не был. Пока не ясно, насколько ВПГ способен проявлять канцерогенные свойства сам по себе, однако ведь и в случае с ВПЧ волна публикаций начиналась именно с этого — вирус нашли в опухолевой ткани.

Если продолжать разговор о неприятностях, которые несёт с собой герпес, то нельзя упускать из виду акушерскую составляющую. Вирусы герпеса нередко «подливают масла в огонь» осложнений беременности и родов, влияют на развитие плода и новорождённого⁸. ВПГ может передаваться от матери ребёнку гематогенно, а также во время родов; при этом неонатальная инфекция — более чем серьёзное осложнение: без лечения 80%

[В эпителии шейки матки с неоплазией, как оказалось, находят не только ВПЧ, но и вирус генитального герпеса.]

Вирусы: гостье

Вирус папилломы человека (ВПЧ) — шарообразный, по диаметру примерно в 4 млн раз меньше футбольного мяча (55 нм), относится к семейству паповирусов (*Papoviridae*). Сегодня известно более 60 типов ВПЧ, специфичных по тропности к разным тканям⁹. Так, к аногенитальной области тропны 14 типов ВПЧ высокой степени онкогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 36, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66).

По данным Минздрава РФ (2010), заболеваемость аногенитальными (венерическими) бородавками составляет 32,7 на 100 тыс. населения — более 3% жителей страны. Посчитать же, сколько людей инфицировано без клинических проявлений, когда вирус всё равно успешно передаётся половому партнёру, крайне сложно.

Вирус простого герпеса (ВПГ) — ДНК-содержащий, относится к семейству герпесвирусов (*Herpetoviridae*), передаётся разными путями: воздушно-капельным, контактно-бытовым, половым, парентеральным, трансплацентарным. ВПГ способен поражать **все** органы и системы организма хозяина, вызывая латентную, острую и хроническую формы инфекции. Существуют две разновидности ВПГ — лабиальный (ВПГ-1) и генитальный (ВПГ-2); их ДНК схожи лишь наполовину, антигенные свойства различны. Передача ВПГ-2, как правило, происходит половым путём.

Первое научное описание генитального герпеса было сделано в 1736 году философом и придворным врачом Людовика XV, Жаном Астриком (Jean Astruc) в книге «Венерические болезни» («De morbis venereis»).

новорождённых с диссеминированным герпесом погибают, а выжившие страдают тяжёлыми мозговыми нарушениями¹.

Таким образом, в свете приведённых фактов и статистики своевременная противовирусная терапия приобретает особое значение — как во время беременности, так и вне её.

Лечебные сложности

Не всё так печально, как могло бы показаться, — сдержать вирусную агрессию вполне возможно. Обычно с этим справляется сам иммунитет: при инфицировании ВПЧ рак шейки матки развивается менее чем у 1% пациенток⁵. В ряде работ было показано, что примерно у 50% молодых женщин вирусная ДНК спонтанно элиминируется в течение 12 мес и у 80–85% в течение последующих 3–5 лет — спасибо иммунитету^{10–12}. Способствуют же развитию ВПЧ-инфекции у женщин современные «отягчающие обстоятельства»: частая смена половых партнёров, раннее начало половой жизни, инфекции, передаваемые половым путём, другие заболевания шейки матки, курение, злоупотребление алкоголем, иммунодефициты^{8,13}.

Нобелевская премия 2008 года окончательно закрепила эффективность **профилактической** вакцины против рака шейки матки — её действенность на популяционном уровне подтверждена не просто научными исследованиями, но и результатами практического внедрения ВПЧ-вакцинации в целых странах и даже на континентах (Австралия). А вот с **лечебными** возможностями дела обстоят гораздо хуже. Давно известен «Изопринозин», однако он не удовлетворяет полностью всех требований к препаратам для терапии ВПЧ. В наши дни предметом научного поиска многих исследовательских групп выступает активация специфического ответа иммунной системы на изменённую антигенную структуру онкобелков Е6 и Е7^{14–16}. Продолжают изучать также результативность и безопасность неспецифических противовирусных и иммуномодулирующих препаратов, и здесь есть достижения. Однако ни один из вероятных препаратов на рынок пока не выведен.

[Примерно у 50% молодых женщин ДНК папилломавируса спонтанно элиминируется в течение 12 мес.]

В отношении простого герпеса ситуация несколько лучше: огромным прорывом было открытие в 1988 году аномальных нуклеозидов (ацикловира), угнетающих синтез вирусных ДНК и РНК путём конкурентного встраивания в молекулы нуклеиновых кислот вирусов вместо нормальных нуклеозидов. Метаанализ, проведённый 15 лет назад и охвативший почти 2000 больных в восьми рандомизированных испытаниях, показал, что ацикловир может снизить риск герпеса и инфекций, вызванных вирусом *Varicella zoster*, на 70% и более, а смертность — на 22%. Однако такого рода лечение не смогло решить проблему кардинально: во-первых, препарат обладает низкой биодоступностью (20%), а во-вторых, вирусы, эволюционируя по классическим законам Чарльза Дарвина,

постепенно приобретают устойчивость^{2,17}. Вновь появляющиеся противовирусные средства (например, фамцикловир) действительно эффективны, но надолго ли? Бег наперегонки между выработкой микроорганизмами, в том числе и вирусами, устойчивости к противомикробным средствам и изобретением человечеством новых лекарств — отличительная черта современной медицины, открытая угроза, реальность которой практикующие врачи осознали далеко не полностью.

Именно по причине объективных сложностей с противовирусными субстанциями большого внимания заслуживает чрезвычайно любопытное вещество растительного происхождения — глицирризиновая кислота.

Две стороны универсальности

Глицирризиновая кислота была изначально выделена из корня солодки в качестве одной из более чем 20 активных фитосубстанций, показав весьма впечатляющие лечебные свойства. При этом важно говорить о двух составляющих её активности: противовирусной и глюкокортикоидоподобной.

Новость: в настоящее время ввиду **мощного противовирусного воздействия** эта молекула интенсивно изучается в научных центрах всего мира (последняя публикация на PubMed, например, датируется январём 2013 года¹⁸): выяснилось, что глицирризиновая кислота напрямую подавляет сборку вирусного капсида самых разнообразных ДНК- и РНК-вирусов. В этот список входят в первую очередь ВПЧ и ВПГ, но также возбудители гепатита, гриппа А, ВИЧ (!), респираторно-синцитиальный вирус, коронавирус (возбудитель печально знаменитой атипичной пневмонии), вирус Эпштейна–Барр, ротавирусы, арбовирусы и др.^{19,20} Чувствительность к глицирризиновой кислоте проявляют даже мутантные штаммы ВПГ, резистентные к нуклеозидам-аналогам типа ацикловира.

Механизм столь яркой противовирусной активности пока ещё изучается. По всей видимости, глицирризиновая кислота взаимодействует именно с белками вирусов, за счёт этого она изменяет стадии вирусного цикла, инактивируя частицы возбудителя, находящиеся в свободном состоянии вне клеток, блокируя проникновение вирусных частиц внутрь клетки и прерывая репликацию вирусов на этапе сборки вириона.

Однако, похоже, только противовирусной активностью глицирризиновая кислота не ограничилась. Например, публикация от января 2013 года¹⁸ посвящена бактерицидному действию глицирризиновой кислоты на метициллин-устойчивые штаммы золотистого стафилококка (!). Волна научных работ об антибактериальных свойствах этой субстанции только набирает обороты.

Вторая составляющая эффекта глицирризиновой кислоты обусловлена её химическим родством к **глюкокортикоидам** — в её основе лежит циклопентанпергидрофенантрен. Такое родство обеспечивает универсальность влияния глицирризиновой кислоты на макроорганизм: она стимулирует гуморальные и клеточные факторы иммунитета, что проявляется усилением выработки собственных интерферонов, повышением активности Т-лимфоцитов, уменьшением концентрации IgG и увеличением содержания IgA и IgM. Также у неё обнаружены защитные свойства в отношении

пищеварительной и нервной систем, противоопухолевое воздействие. Кроме того, она выступает в роли природного антиоксиданта^{21,22}. Отдельного внимания применительно к генитальным инфекциям заслуживает репаративное воздействие глицирризиновой кислоты.

Очевидно, что столь яркий спектр разнообразных эффектов должен самым благоприятным образом сказываться при лечении с помощью глицирризиновой кислоты вирусных генитальных инфекций. И доказательства уже есть.

Элиминировать ВПЧ: доказательства

В исследование, проведённое авторами настоящей статьи, были включены 460 девушек-студенток 18–30 лет (в среднем 22,4 года). В рамках профилактического осмотра их обследовали на наличие ВПЧ высокого онкогенного риска с одновременным цитологическим исследованием. ВПЧ-положительными оказались 142 (30,9%) девушки (кстати, по такой выборке можно уверенно судить о высокой распространённости ВПЧ в популяции 18–30 лет).

Через 10–16 мес после первичного забора проб 91 пациентку из числа ВПЧ-положительных обследовали повторно. Вторичное выявление одних и тех же типов ВПЧ через столь продолжительный срок служило критерием диагностики «персистирующей папилломавирусной инфекции» (56 человек — 61%; у остальных произошла самопроизвольная элиминация). Из числа последних были отобраны 25 пациенток, которым был назначен препарат глицирризиновой кислоты интравагинально сроком на 3 мес (по 1–2 впрыска 2 раза в сутки в течение 2 нед с последующим 2-недельным перерывом). Группу контроля составила оставшаяся без лечения 31 девушка.

Оценку результатов проводили через 3 и 6 мес от начала терапии (осмотр, кольпоскопия, изучение микробиocenоза, ВПЧ-тестирование), ПАП-тест — через 6 мес. Через 3 мес из исследования выбыли пять пациенток по причинам, не связанным с методикой. Таким образом, результат через 6 мес был оценён у 20 человек в группе,



© Parmenov Pavel / фотобанк Гори

получавшей лечение спреем «Эпиген-интим», и у 31 женщины контрольной группы.

При повторном обследовании пациенток с папилломавирусной инфекцией выяснилось, что у 35 (38,5%) произошла самопроизвольная элиминация вирусной ДНК, при этом у половины из них (48,6%, $n=17$) прежде был обнаружен 16-й тип ВПЧ (у 15 — моноинфекция, у двух — в сочетании с 59-м и 31-м типами), у двоих было моноинфицирование типами 58 и 33, остальные имели сочетание двух и более типов 31, 33, 39, 51, 52, 53, 56, 58. Среди девушек, у которых произошла элиминация, LSIL оставались у 34,3% ($n=12$) пациенток, что, возможно, связано с сохраняющейся воспалительной реакцией или наличием других, более редких типов ВПЧ.

На фоне лечения препаратом глицирризиновой кислоты число больных с жалобами на зуд, жжение и/или обильные выделения из влагалища сократилось почти вдвое (с 28 до 16,7%); по истечении 6 мес подобные жалобы сохранились лишь у двух (10%) участниц. А вот в группе женщин, не получавших лечения, за этот срок количество человек с жалобами достоверно не

изменилось. В основной группе число женщин с симптомами цервицита также уменьшилось более чем в 2 раза, и через 3 мес после отмены терапии терапевтический эффект сохранялся ($p<0,05$). В группе контроля количество женщин с симптомами цервицита за аналогичный срок уменьшилось лишь на 16,1% ($p<0,05$). Также отмечено достоверное сокращение частоты атипических изменений при кольпоскопии с 40 до 16%, что, вероятно, связано с противовоспалительным действием препарата.

По результатам ПАП-теста нормализация цитологической картины в группе лечившихся препаратом глицирризиновой кислоты отмечена у 29% пациенток, тогда как в контрольной группе улучшение недостоверно — только у 3,2%. В основной группе элиминация вирусной ДНК наблюдалась у шести (24%) из 25 пациенток через 3 мес лечения и спустя 6 мес — ещё у четырёх, что в целом составило 10 (40%) женщин. В группе контроля элиминация ВПЧ через 6 мес произошла у девяти (29%) девушек из 31.

Авторы заключили, что при выявлении у женщин ВПЧ высокого канцерогенного риска и LSIL курсовое применение препарата глицирризино-

вой кислоты (3 мес) весьма действенно и достоверно ($p < 0,05$) способствует элиминации возбудителя и регрессу цитопатологических проявлений.

Генитальный герпес: обезвредить

В другом исследовании, проведённом сотрудниками Кубанского ГМУ (Краснодар), приняли участие 150 женщин в рамках предгравидарной подготовки, из них 120 — с обострением **генитального герпеса** и 30 — здоровые, контрольная группа. Пациентки с герпесом были разделены на две группы по 60 человек: первая получала традиционную противовирусную терапию ацикловиром (200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней), вторая — комплексное лечение, дополненное местным препаратом активированной глицирризиновой кислоты — 0,1% спреем «Эпиген-интим», применявшимся 5 раз в сутки на область наружных половых органов и интравагинально (продолжительность курса 14 сут).

Уже через 5 дней после окончания терапии у пациенток обеих групп стало заметно меньше жалоб. Однако если

Репарация: пригнать ускорение

Ряд исследований был посвящён влиянию глицирризиновой кислоты на продукт активности ВПЧ — **остроконечные кондиломы** гениталий. Вот одна из этих работ: 90 пациенток в возрасте от 18 до 58 лет с остроконечными кондиломами различной степени распространённости. Длительность заболевания — 1–3 мес. Все пациентки сначала в течение 10 сут использовали спрей с глицирризиновой кислотой, при необходимости интравагинально, затем им была проведена лазерная деструкция новообразований. Первую группу составили 55 женщин с поражениями вульвы и мочеиспускательного канала, области половых губ и кожи аногенитальной области, они с первых по 10-е сутки после деструкции продолжили местно применять препарат. Во вторую группу включили 35 пациенток, которым после лазерной вапоризации назначали местную обработку 5% раствором калия перманганата в течение 10 дней.

У женщин первой группы уже на 4–7-й день после деструкции кондилом исчезли симптомы дискомфорта, зуда и жжения; было отмечено достоверное

же опасный. Глицирризиновая кислота, не противопоказанная во время беременности и лактации, может быть использована также для профилактики рецидивов генитального герпеса и цитомегаловирусной инфекции. С этой целью «Эпиген-интим» применяют наружно и интравагинально с 18–20-го дня менструального цикла до окончания менструации 2 раза в день. После завершения лечения эпизода генитального герпеса и/или цитомегаловирусной инфекции глицирризиновую кислоту применяют наружно и интравагинально 3 раза в сутки в течение 10 дней.



К сожалению, ещё не скоро наступит тот день, когда акушеры-гинекологи смогут с удовлетворением отметить, что в нашей стране проводится всеобщая вакцинация от ВПЧ. А если учитывать, что эффективной вакцины от ВПГ и во все до сих пор не существует, то в борьбе с этими инфекционными агентами, не так уж редко шагающими рука об руку, акцент должен быть сделан именно на профилактике — а она невозможна без просветительской работы.

По данным ВОЗ, осведомлённость населения об опасности вирусных инфекций и способах их профилактики удручающе невысока. Как это ни странно звучит сегодня, когда сексуальная революция уже давно оттремела и принесла свои неоднозначные плоды, **репродуктивное просвещение** должно подчёркивать классические принципы морали. Именно воздержание от случайных половых связей, сексуальные контакты только с неинфицированным партнёром в рамках длительных взаимно моногамных отношений служат действенными способами профилактики ИППП и ассоциированных с ними осложнений. Кроме того, барьерная контрацепция при её постоянном и правильном использовании неплохо справляется с ограничением биологического пространства возбудителя. Если добавить к этим простым методам современные средства типа глицирризиновой кислоты, можно получить достаточно надёжную формулу сохранения репродуктивного здоровья. **SP**

[При выявлении у женщин ВПЧ и LSIL глицирризиновая кислота способствует элиминации возбудителя и регрессу цитопатологических проявлений.]

в первой группе интенсивность зуда и жжения в области наружных половых органов субъективно снизилась в 3,8 раза, то во второй — в 7,5 раза ($p < 0,01$). Последующее 6-месячное наблюдение показало, что рецидивы заболевания с возвращением прежней симптоматики в 2,5 раза чаще происходили в группе, не получавшей лечения спреем «Эпиген-интим» ($p < 0,001$). И несмотря на то, что считается, будто полной элиминации ВПГ достичь невозможно, спустя 6 мес наблюдения в группе пролеченных ацикловиром женщин обследование с помощью ПЦР не выявило вируса у 14,7%, а среди получавших дополнительно препарат глицирризиновой кислоты — у 73%²³.

ускорение эпителизации зон обработки (на 3–5-й день; полная эпителизация на 14-й день), уменьшение выраженности боли, отёка и гиперемии. Работоспособность женщин в первой группе восстановилась на несколько дней раньше, чем у лечившихся перманганатом калия²⁴.

Профилактике быть!

Одна из глобальных проблем — профилактика рецидивов заболевания, в том числе при беременности. Успешное лечение обострения генитального герпеса или ЦМВ-инфекции не гарантирует, что у женщины в скором времени не возникнет рецидив, столь

Библиографию см. на с. 94–95.



упростить проблему выбора

Лечение больных с обильными менструациями.

Обзор терапевтических возможностей



Автор: Елена Николаевна Андреева, докт. мед. наук, проф., руководитель отделения эндокринной гинекологии Эндокринологического научного центра (Москва) [по материалам выступления 8 сентября 2012 года в Сочи на Общероссийском семинаре «Версии и контраверсии»]

Копирайтинг: канд. мед. наук Галина Сильвестрова, Хильда Симоновская

Согласно статистике ВОЗ, как минимум каждая 10-я женщина хотя бы раз на протяжении жизни сталкивалась с проблемой обильных менструаций. Более того, отдельные страны сообщают о том, что на излишнюю, по субъективной оценке, обильность месячных готова пожаловаться каждая четвертая жительница. Эксперты ВОЗ объясняют такие различия не столько конституциональными особенностями физиологии уроженок отдельных регионов, сколько культурными и традиционными особенностями, и в первую очередь речь идет о сформированной или несформированной традиции регулярных врачебных осмотров. Для многих стран, особенно с мусульманской культурой, стремление решать гинекологические и даже акушерские задачи бытовыми способами действительно признано заметной проблемой как здравоохранения, так и социума в целом — из-за неофициального запрета посещать акушера-гинеколога мужского пола.

Этот факт — лишнее подтверждение того, что гиперменорею в целом как женщины, так и, к сожалению, сами врачи не склонны относить к серьезным проблемам. А что в действительности?

Итог обследования каждой пятой женщины в популяции даёт представление о физиологическом объёме менструальной кровопотери — это 60 мл^{1,2}. Современная женщина, рожаящая в среднем не более двух детей,

испытывает за всю жизнь более 400 менструальных кровотечений и теряет при этом в среднем 32 л крови³.

Что же следует расценивать как обильные менструальные кровотечения? В действующих британских клиниче-

ских рекомендациях 2007 года по этой теме приведены такие характеристики: кровотечение дольше 7 дней с суммарной кровопотерей, превышающей 80 мл⁴. Чтобы предостеречь врача от легкомысленного отношения к проблеме, в тех же рекомендациях говорится, что чрезмерная потеря менструальной крови обуславливает физические, эмоциональные, социальные и даже материальные неудобства для женщины, а вмешательство акушера-гинеколога должно быть направлено на улучшение качества жизни пациентки.

Тема гиперменореи была на пике исследовательской моды в 1998 году; именно тогда были собраны сведения по многим социальным и психологическим аспектам данного состояния. Итогами трёх исследований с опросом более 200 женщин в США было подтверждено, что гиперменорея не просто сопровождается физическим и психологическим дискомфортом — женщины регулярно подвергаются удержаниям из заработной платы в связи с невыходом на работу^{5,6}. Большинство опрошенных женщин сообщили, что не могут понять, как расценивать собственное состояние — как норму или как болезнь, и на вопрос о необходимости подробных разъяснений специалиста по поводу своего состояния все они ответили положительно⁷. За прошедшие годы ситуация в целом не изменилась: в США, на родине процитированных исследований, женщины с гиперменореей работают почти на 4 нед в год меньше и теряют почти по \$2 тыс. ежегодно⁸.

На территории РФ подобных исследований не проводилось, зато известна распространённость: жалобы на обильные менструации предъявляют 25–30% пациенток, чаще — в позднем репродуктивном и перименопаузальном возрасте.

Это почти треть российских женщин. Веский повод задуматься и наметить программу действий.

Из чего выбирать и что выбирают?

Как было сказано выше, сами женщины обычно не знают, стоит ли им вообще жаловаться на обильные месячные. Таким образом, решение этой проблемы целиком мигрирует в компетенцию акушера-гинеколога. Вот почему при сборе анамнеза на вопросе об объёме менструального кровотечения стоит делать особый акцент. И уж тем более не следует оставлять без внимания или списывать на «южное происхождение» жалобы пациентки на длительные и обильные кровотечения.

Данные доказательной медицины красноречиво убеждают в том, что грамотно проводимое лечение нормализует работоспособность, улучшает самочувствие пациенток. Однако по поводу алгоритма назначений и тактики ведения женщин с гиперменореей у современных российских акушеров-гинекологов нет коллегиального мнения, особенно если учитывать широкий спектр применяемых средств и методов.

Гормональные препараты: даназол, левоноргестрелсодержащие внутриматочные системы (ЛНГ-ВМС), прогестагены в циклическом режиме, эстрогены в циклическом режиме, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ), комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Негормональные средства: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), транексамовая кислота, этиамзилат.

Хирургическое лечение: выскабливание стенок полости матки, абляция эндометрия, гистерэктомия.

Таким образом, арсенал средств, в той или иной степени пригодных для редукции чрезмерных кровотечений или коррекции предрасполагающих нарушений, довольно широк, и у каждого врача есть свои предпочтения. При анкетировании американских врачей об излюбленных методах лечения гиперменореи (респонденты могли указать не более трёх групп препаратов), в котором поучаствовали 344 акушера-гинеколога (2011), оказалось, что лидерство принадлежит КОК (98%), на втором месте — ВМС с левоноргестрелом (63%), далее шли НПВС (53%) и чисто прогестиновые контрацептивы (30%)⁹. Хирургические методы коррекции тоже не были забыты — но всего лишь 14% врачей.

Гормональная артиллерия

Во второй половине прошлого века для лечения лёгких и умеренных маточных кровотечений было модно назначать ингибитор синтеза гонадотропинов (даназол), особенно при наличии эндометриоза. После детального изучения стало ясно, что у даназола нет терапевтических преимуществ, более того, вследствие андрогенного эффекта он может вызывать необратимые признаки маскулинизации. На фоне поступления андрогенов эндометрий не просто атрофируется — одновременно уменьшается число рецепторов к эстрогенам (что крайне нежелательно), а усиленный эритропоэз находит выражение в склонности к тромбообразованию. Обширный перечень побочных эффектов объясняет, почему препарат сегодня не применяется для лечения идиопатической гиперменореи, хотя обзор девяти исследований подтвердил довольно высокую действенность даназола в дозе 200 мг — по меньшей мере превышающую эффективность плацебо и ВМС с левоноргестрелом. В лечебных схемах эндометриоза даназол используют до сих пор, хотя уже пора бы и перестать — для этих клинических ситуаций разработаны современные препараты с меньшим количеством побочных эффектов¹⁰.

[Сами женщины обычно не знают ответа на вопрос, стоит ли вообще жаловаться на обильные месячные.]

Теперь о тех средствах, которые по-настоящему удачны. В лечении обильных менструальных кровотечений весьма востребованы внутриматочные контрацептивы с левоноргестрелом, снижающие менструальную кровопотерю на 74–97%, что в 2 раза убедительнее, чем результаты других препаратов при наблюдении в течение года^{11–15}. Местное применение и непрерывное высвобождение левоноргестрела обеспечивают обратимую атрофию эндометрия; при этом системного действия препарат почти не оказывает. На протяжении 5 лет, пока система выделяет левоноргестрел, действенность метода превышает показатели прогестерона, КОК и транексамовой кислоты и сопоставима с аблацией эндометрия¹⁶! Сами жен-

[Внутриматочные контрацептивы с левоноргестрелом снижают менструальную кровопотерю на 74–97%, что в 2 раза убедительнее, чем результаты других препаратов при наблюдении в течение года.]

Нам отвечают ВКонтакте

К сожалению, явление гормонофобии по-прежнему распространено среди российских врачей, и, памятуя об этом, редакция журнала StatusPraesens провела своё мини-исследование*. Безусловно, итоги этого небольшого опроса не претендуют на научность, зато отражают мнения активных и равнодушных к своей работе акушеров-гинекологов (другие в нашей группе ВКонтакте даже если и зарегистрированы, то ведут себя неактивно и на опрос точно отвечать не станут). Получается, что и для наших читателей международный опыт лечения меноррагий содержит ещё кое-какие сюрпризы.

Вопрос: Что следует эмпирически назначать пациентке с жалобами на чрезмерно обильные менструации?

Проголосовали: 67 человек.

Препарат	Процент голосов	Комментарий SP
КОК	49,3%	Логично. Коррекция обильных менструаций + контрацептивный эффект. Можно использовать у нерожавших. Обидно, что это лишь немногим больше 50%
Антифибринолитики (транексамовая кислота)	13,4%	Подходящий метод, если у женщины есть противопоказания к гормонотерапии
ВМС с левоноргестрелом	11,9%	Разумно, особенно если пациентка нуждается в надёжной контрацепции и не расположена ежедневно принимать таблетки. Экономично. А то, что не дотянуло даже до 10%, — очевидное следствие слабой информированности
Чистые прогестагены	10,4%	Допустимо, особенно если к приёму КОК есть противопоказания, но не так эффективно, как антифибринолитики
Этамзилат	7,5%	Довольно неожиданно! По сравнению с эффективностью других перечисленных средств менструальная кровопотеря при таком лечении снижается плохо
АГнРГ	3%	Чаше применяют для подавления кровотечений на фоне миомы матки; в целом — неудобно, поскольку неминуемо приводят к «медикаментозной менопаузе»
Эстрогены	1,5%	Сомнительность доказательной базы привела к тому, что рационально настроенные специалисты назначать эстрогены не спешат
НПВС, андрогены (даназол)	по 1,5%	Уф! Этого явно мало! (ато при столь мощной доказательной базе!))) А про андрогены — справедливо

* Опрос ВКонтакте по ссылке: http://vk.com/wall-17858597_2073. Группа закрытая, но читателям журнала приём в ряды обеспечен!

щины установить ВМС с левоноргестрелом повторно хотят чаще, чем продолжать лечение другими медикаментозными методами^{17,18}. Метод подходит женщинам с нарушениями свёртываемости крови и метаболическим синдромом.

Чистые прогестагены в лютеиновую фазу цикла удобнее всего у женщин с противопоказаниями к приёму КОК. Согласно британским рекомендациям⁴, синтетические прогестероны (медоксипрогестерона ацетат, норэтистерона ацетат) эффективнее натуральных и лучше обеспечивают предсказуемый профиль кровотечений. Однако результаты систематического обзора, проведённого в 2008 году и объединившего выводы семи исследований, показали, что гестагены значительно хуже снижают менструальную кровопотерю, чем транексамовая кислота, даназол и ВМС с левоноргестрелом¹⁹.

Эстрогены: специалисты кохрейновского сотрудничества так и не смогли суммировать данные о возможностях циклической терапии эстрогенами при гиперменорее в единый систематический обзор — слишком уж немного было найдено исследований по этой теме, а дизайн имеющихся работ не удовлетворял строгим требованиям доказательной медицины. Рандомизированных испытаний по сравнению комбинаций «эстрогены vs эстроген-гестагенные КОК», «прогестагены vs эстрогены» либо «эстрогены vs плацебо» при лечении кровотечений до настоящего времени нет, а имеющиеся данные относятся лишь к нерегулярным кровотечениям, ассоциированным с ановуляцией²⁰.

Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (АГнРГ) подавляют выброс гонадотропинов, за счёт чего пропорционально падает концентрация эстрадиола. К сожалению, если принимать эти препараты дольше 6 мес, то растёт риск снижения минеральной плотности костной ткани, что требует дополнительных назначений. К тому же АГнРГ, как известно, плохо переносятся за счёт проявлений «медикаментозной менопаузы» (сухость влагалища, приливы, потливость)⁴.

Данные по эффективности АГнРГ основаны на исследовании гиперменореи у женщин с миомой матки; средства этой группы достоверно сокращают кровопотерю (аменорея возникает у 89%

пациенток)²¹. В целом аГнРГ редко назначают женщинам с гиперменореей без органических нарушений, обычно лишь в качестве терапии второй линии. Особенно осторожными следует быть у пациенток с почечной недостаточностью или заболеваниями крови^{22–24}.

Любимцы публики

Большая группа препаратов, несомненных «фаворитов» в профилактике гиперменореи, — КОК с этинилэстрадиолом, успешно снижающие кровопотерю на 43% посредством угнетения чрезмерной пролиферации эндометрия во II фазу менструального цикла. Эффективность этих средств весьма значительна и сопоставима с другими группами средств, также обладающими убедительной доказательной базой, — это НПВС, даназол и мефенамовая кислота²⁵. Кровотечение обычно останавливается в течение 24 ч после псевдодецидуализации эндометрия. Если в указанный срок гиперменорея не прекратилась, применяют альтернативные методы лечения, параллельно продолжая приём КОК в течение 21 дня.

Контрацептивная новинка 2011 года — КОК с эстрадиола валератом и диеногестом («Клайра») — вдохновила исследователей продолжить поиск новых путей профилактики гиперменореи. Примечательна педантичность, с какой был организован дизайн исследовательских работ: прежде чем начать рандомизированные слепые плацебо-контролируемые исследования в США, Канаде, Европе и Австралии, обследовали более 1,5 тыс. женщин в 81 медицинском центре разных стран и отобрали 450 пациенток с обильными, длительными и частыми менструациями без каких-либо органических

заболеваний репродуктивной системы. Первичным показателем условились считать долю женщин, полностью излечившихся от всех признаков гиперменореи, а вторичными критериями стали объём потери крови и содержание гемоглобина в крови участниц. Результаты убедительны: приём КОК с эстрадиола валератом и диеногестом на протяжении семи менструальных циклов полностью излечил 42% женщин, что достоверно больше, чем в группе контроля (2,7%). При этом потеря крови на фоне лечения прогнозируемо снижалась (на 88%), а показатели обмена железа (гемоглобин, ферритин) восстанавливались (в группе плацебо они практически не изменились)^{26,27}.

Эксперты в области медицинского финансового управления США подсчитали, что назначение КОК с эстрадиола валератом и диеногестом женщинам с гиперполименореей позволяет сэкономить в среднем \$80–85 в месяц — у пациенток улучшается работоспособность²⁸.

Эффективные против неуместных

Как показали результаты нашего мини-опроса (см. предыдущую страницу), самой неожиданной группой препаратов для лечения гиперменореи оказались НПВС. А между тем механизм антигеморрагического действия этой группы детально описан в уже упоминавшихся британских клинических рекомендациях 2007 года⁴.

Во время нормальной менструации в эндометрии образуется избыток простагличина (антагониста тромбоксана), за счёт чего физиологический каскад агрегации тромбоцитов и гемокоагуляции реализуется со значительной задержкой²⁹. Именно

[Потеря крови на фоне приёма КОК с эстрадиола валератом на протяжении семи менструальных циклов снижалась на 88%, а содержание железа восстанавливалось.]



© Максим Горленок / Фотобанк Лори

этот механизм (равно как и снижение тонуса венул эндометрия под действием простагличина) препятствует преждевременной остановке менструального кровотечения и в итоге обеспечивает физиологическую смену эндометрия, ведь обычно, как мы знаем, кровь сворачивается за 2–5 мин! Любопытно, что по сей день среди врачей бытует мнение о том, что НПВС увеличивают кровопотерю за счёт своих давно известных антиагрегантных свойств. Так действительно происходит при любой другой кровопотере, кроме менструальной, и об этом в научных кругах пишут ещё с 1980-х годов^{29,30}.

При гиперменорее назначение ингибиторов простагличина (а это как раз и есть НПВС) «развязывает тромбосану руки», нормализуя процесс формирования тромба, что даёт возможность организму завершить менструацию в обычные сроки. Кровопотеря при этом снижается весьма убедительно — на 58%. В основу рекомендаций легли данные Кохрейновского систематического обзора от 2007 года, в который вошли 17 исследований, бесспорно доказавших, что НПВС не только эффективнее плацебо снижают объём менструальной кровопотери, но и вполне сопоставимы с гестагенами, назначаемыми в лютеиновую фазу менструального цикла, КОК и этамзилат

[Антиагрегантные свойства НПВС повышают любую кровопотерю, кроме менструальной, — известно уже более 30 лет.]

том. При этом действие НПВС существенно слабее, чем аналогичные влияния транексамовой кислоты, ВМС с левоноргестрелом и даназола³¹. Успех НПВС в ряду негормональных средств коррекции гиперменореи был также подтверждён в систематическом обзоре 2011 года³², хотя они и уступали по эффектам транексамовой и аминокaproновой кислотам.

Теперь об антифибринолитиках: транексамовая кислота обратимо блокирует плазминоген, предотвращая деградацию фибрина (по сути, она стабилизирует тромб). Именно благодаря этому механизму назначение препарата в дозе 2–4,5 г на период менструации действительно снижает кровопотерю у пациенток с идиопатической гиперменореей — на 34–59%^{33,34}, т.е. значительно лучше не только плацебо, но и мифеномальной кислоты, этамзилата и норэтистерона, назначаемого в лютеиновую фазу цикла. Правда, при этом транексамовая кислота отставала от ВМС с левоноргестрелом по эффективности^{35,36}.

Метаанализ 15 исследований подтвердил, что транексамовая кислота сокращает объём кровопотери сильнее, чем НПВС, прогестерон и этамзилат. Любопытно, что этот антифибринолитик в качестве «бонуса» заметно повышает удовлетворённость пациенток своей сексуальной жизнью³⁷, что подтверждено итогами более поздних исследований³⁴.

Несколько слов о кровоостанавливающих средствах. Этамзилат прекращает кровопотерю на уровне капилляров за счёт облегчения адгезии тромбоцитов. К сожалению, это лекарственное средство не очень удобно принимать (по 500 мг 4 раза в день с начала кровотечения), к тому же по эффективности оно уступает НПВС. Данных по этому препарату накоплено не-

много: в среднем объём кровопотери сокращается на 13,1%, что значительно меньше, чем при использовании других средств⁴, которых, к счастью, не так уж и мало. Особенно если есть возможности для проведения гормональной терапии.

Последнее средство

Безусловно, оперативное вмешательство — крайняя мера для коррекции обильных менструаций, однако в некоторых случаях, особенно если пациентка уже не планирует беременность, хирургические методики оправданны. По данным метаанализа 12 исследований (2006) было установлено, что абляция эндометрия купирует гиперменорею успешнее любых медикаментов, сопоставима лишь с левоноргестрелсодержащими ВМС³⁸ и лишена побочных действий гормональных средств (нагрубание молочных желёз, головные боли и т.д.).

И конечно, среди всех методов лечения по эффективности безапелляционно лидирует гистерэктомия. Метаанализ, объединивший итоги более 30 рандомизированных исследований (2010), убедительно свидетельствует (при наличии органических причин обильных менструаций): гистерэктомия значительно улучшает психологический статус женщин, лечившихся длительно и безуспешно. Степень удовлетворённости женщин отсутствием кровотечений была значительно выше после гистерэктомии, чем после абляции³⁹. Тем не менее, чтобы решиться на гистерэктомию в наш органосохраняющий век, необходимо иметь очень веские основания. И достаточно ли для гистерэктомии такого «несерьёзного» показания, как гиперменорея?



Российскому врачу совершенно необходимо оценивать назначаемое лечение с фармакоэкономических позиций. Учитывая стоимость лекарств, медицинских услуг и хирургических вмешательств, следует признать, что наиболее практичный метод профилактики гиперменореи — установка ВМС с левоноргестрелом. Однако для многих женщин, в первую очередь для нерожавших, более приемлемым окажется использование КОК⁴⁰, в том числе содержащих эстрадиола валерат и диногест, тем более что «Клайра» достоверно снижает менструальную кровопотерю.

Упрощённо схему врачебных назначений (при отсутствии органических поражений матки) можно представить так: если у пациентки нет противопоказаний к гормональному лечению, в качестве терапии первой линии следует назначить «Клайру» или ВМС с левоноргестрелом. Если же противопоказания к гормонотерапии есть, можно использовать НПВС (как стало ясно по итогам нашего мини-опроса, для российских врачей это совершенно новые данные!) и другие негормональные препараты. Третьим этапом при неэффективности двух предыдущих обычно становится хирургическое лечение (эмболизация маточных артерий, абляция эндометрия и даже гистерэктомия).

Может быть, она не так уж и сложна, эта пресловутая проблема выбора? **SP**



Отличное самочувствие*
Менструальный комфорт**
Стабильный вес***

Краткая инструкция по применению

Лекарственная форма и состав: таблетки покрытые пленочной оболочкой, 28 таблеток в упаковке (в том числе 26 активных таблеток темно-желтого, розового, бледно-желтого и красного цвета и 2 таблетки плацебо – белого цвета). Темно-желтые активные таблетки содержат 3 мг эстрадиола валерата (микро 20); розовые активные таблетки содержат 2 мг эстрадиола валерата (микро 20) и 2 мг диногеста (микро); бледно-желтые активные таблетки содержат 2 мг эстрадиола валерата (микро 20) и 3 мг диногеста (микро); красные активные таблетки содержат 1 мг эстрадиола валерата.

Показания к применению: пероральная контрацепция.

Противопоказания: тромбозы (венозные и артериальные) и тромбозмболи в настоящее время или в анамнезе (в том числе, тромбоз глубоких вен, тромбозмболи легочной артерии, инфаркт миокарда), инсульт в настоящее время или в анамнезе; состояния, предшествующие тромбозу (в том числе, транзиторные ишемические атаки, стенокардия) в настоящее время или в анамнезе; наличие выраженных или множественных факторов риска венозного или артериального тромбоза (в т.ч. обширные хирургические вмешательства с длительной иммобилизацией, осложненные заболевания клапанного аппарата сердца, неконтролируемая артериальная гипертензия); мигрень с очаговыми неврологическими симптомами, в т.ч. в анамнезе; сахарный диабет с сосудистыми осложнениями; панкреатит с выраженной гипертриглицеридемией в настоящее время или в анамнезе; печеночная недостаточность и тяжелые заболевания печени (до нормализации показателей функции печени); опухоли печени (доброкачественные и злокачественные) в настоящее время или в анамнезе; выявленные гормонозависимые злокачественные опухоли (в том числе, половых органов или молочных желез) или подозрение на них; кровотечение из влагалища неясного генеза; беременность или подозрение на нее; повышенная чувствительность к активным веществам или к любому из вспомогательных веществ.

Применение с осторожностью: факторы риска развития тромбоза и тромбозмболи: курение; ожирение; дислипидемия; артериальная гипертензия; мигрень; заболевания клапанов сердца; нарушение сердечного ритма; длительная иммобилизация; обширные хирургические вмешательства; обширная травма; другие заболевания, при которых могут отмечаться нарушения периферического кровообращения: сахарный диабет; системная красная волчанка; гемолитико-уремический синдром; болезнь Крона и язвенный колит; серповидноклеточная анемия; наследственный ангионевротический отек; гипертриглицеридемия; заболевания, впервые возникшие или усугубившиеся во время беременности или на фоне предыдущего приема половых гормонов (например, холестатическая желтуха, холестатический зуд, холелитиаз, отосклероз с ухудшением слуха, порфирия, герпес беременных, хорея Сиденгама), послеродовой период. Препарат Клайра показан только после наступления менархе.

Побочное действие: к наиболее часто встречающимся нежелательным эффектам относятся: аменорея, дисменорея, нерегулярные менструальноподобные кровотечения (метроррагии), дискомфорт и боли в молочных железах, нарушения в области оскоов, боли в сосках, акне, головная боль (в т.ч. головная боль «напряжения»), повышение массы тела, боли в животе (в т.ч. вздутие живота).

Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Регистрационный номер: ЛП-0010. Актуальная версия инструкции от 21.10.2010 г.

Производитель: Байер Шеринг Фарма АГ, проведено Шеринг ГМХ и Ко. Продукциос КГ, Германия

Подробная информация содержится в инструкции по применению.

*В открытом многоцентровом исследовании (European Efficacy Study) с участием 1377 женщин 18–50 лет в течение 20 циклов 89,7% и 86,4% женщин отметили, что их эмоциональное и физическое самочувствие улучшилось соответственно или осталось прежним при приеме Клайры. Zeun et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2009; 14: 221–232

**У женщин, применявших Клайру, отмечалось значительное снижение менструального кровотечения по сравнению с плацебо, Fraser IS, McCarron G, Randomized trial of 2 hormonal and 2 progestin-inhibiting agents in women with a complaint of menorrhagia. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 1991; 31 (1): 66–70

***8 European Cycle Control Study с участием 399 женщин, применявших Клайру в течение 7 циклов, средняя масса тела оставалась без изменений, Mansour D, Nelson A, Parke S, and co. Abstract and oral presentation at 8th Congress of the European Society of Gynecology, 10–13 September 2009, Rome, Italy



150 Years
Science For A Better Life®

*150 лет Науки Для Лучшей Жизни

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2
тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02
L.RU.WH.05.2012.0135

реклама

акушерство: беспроблемные решения

Вертикальные роды как способ снижения родового травматизма
и преодоления акушерской агрессии



Авторы: Олег Григорьевич **Пекарев**, докт. мед. наук, проф., главный акушер-гинеколог Сибирского федерального округа (Новосибирск); Иван Михайлович **Поздняков**, докт. мед. наук, проф., главный врач Новосибирского городского перинатального центра (Новосибирск); Евгения Олеговна **Пекарева**, клин. ординатор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Новосибирского ГМУ (Новосибирск)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

О том, что где-то на просторах России удалось решить одну из серьёзных проблем современного акушерства (для начала в масштабах города, края), наши читатели всегда узнают вовремя, чаще всего — из первых рук. Сегодня об исторически осмысленном опыте выхода из демографического пике рассказывает проф. О.Г. Пекарев, главный акушер-гинеколог Сибирского федерального округа, с минимальным отставанием ставшего третьим в стране по рождаемости: **13,6‰** (Южный округ — 13,8‰, Уральский — 13,7‰). Сибири действительно есть чем гордиться, поскольку для этого региона «второй русский крест» — демографическая веха, знаменующая долгожданное превышение рождаемости над смертностью, — уже состоялся.

В России за сутки производят около 1000 кесаревых сечений, каждую минуту в мире — 50. Все ли они выполняются по чётким показаниям? Экспертный вывод гласит: в каждом четвёртом случае кесарева сечения предпочтительнее были бы роды через есте-

ственные родовые пути. XVI Всемирный конгресс акушеров-гинекологов в Сантьяго в 2003 году после целого дня напряжённых дебатов резюмировал: расширение показаний к кесареву сечению оправдано только тогда, когда оно ведёт к снижению перинатальной забо-

[Резюме XVI Всемирного конгресса акушеров-гинекологов: расширение показаний к кесареву сечению оправдано только тогда, когда оно ведёт к снижению перинатальной заболеваемости и смертности.]



© Вячеслав Полет / фотобанк Лори

[Несомненно, распространённость кесарева сечения в России напрямую связана с коммерческими причинами.]

леваемости и смертности¹. Однако, к сожалению, далеко не все акушеры-гинекологи придерживаются этого логичного постулата. Так, в России каждый год как минимум на 1% возрастает частота кесаревых сечений — за последние 20 лет в нашей стране она скакнула почти втрое, а перинатальные потери не снизились и наполовину, составив в 2009 году 7,4‰ (Росстат)². В абсолютных числах в 2010 году выполнялось в 1,5 раза больше оперативных родоразрешений — 365,6 тыс. (21,5%), чем за 6 лет до того — 250,7 тыс. (17,9%).

Как тем временем обстоят дела в других странах? Частота кесаревых сечений в мире неодинакова, например, в Израиле она составляет 19%, а в США — 30%. Ярким примером корреляции большой частоты оперативных родоразрешений и высокой перинатальной смертности выступает современный Китай — 40,8% рожениц ложатся на операционный стол, 18‰ детей погибают в антенатальном и раннем неонатальном периоде.

Оперировать нельзя рожать

Согласно расчётам перинатального акушерства (акад. РАМН В.Н. Серов)³, повышение частоты кесаревых сечений на 4% должно способствовать снижению частоты перинатальной смертности на 1‰. Получается, что в России сегодня эта классическая формула «перевыполнена», поскольку частота кесарева сечения выросла с 12 до 21%, т.е. на 9 пунктов, соответственно, перинатальная смертность должна была уменьшиться на 2‰, а сократилась она на 8,7‰, т.е. в 4 раза больше.

До настоящего времени нет однозначных данных об оптимальной частоте кесарева сечения, когда перинатальные показатели всё ещё улучшаются и операционный риск не возрастает. Тем не менее, по мнению некоторых авторов, снижение перинатальной смертности происходит при частоте кесарева сечения 13–14% всех родов в популяции. А увеличение количества оперативных родоразрешений свыше 15–17% повышает вероятность послеоперационных осложнений при неизменной перинатальной смертности^{1,4}.

Как нужно трактовать эти цифры? Благоприятно ли называется в целом нынешнее увлечение оперативными родоразрешениями? Следует ли **максимально** снижать частоту кесаревых сечений? Как показывает практика, это тоже не выход. В 15% случаев родоразрешают через естественные родовые пути женщин с очень высоким перинатальным риском, т.е. тех, которым следовало бы выполнить абдоминальное родоразрешение.

Очевидно, что в России не только больше рожениц, чем необходимо, переносят абдоминальное родоразрешение, но и в ряде случаев операции подвергаются совсем не те, кто в этом остро нуждается.

Показания к операции кесарева сечения, важной как в медицинском, так и в социальном плане, до сих пор чрезмерно либеральны, а единые стандарты попросту отсутствуют. Масла в огонь подливают такие проблемы современного здравоохранения, как гипердиагностика интранатального страдания плода, коммерциализация родов, неготовность медицинского персонала к приёму трудных родов... Как бы то ни было, настала пора пересмотреть свои подходы к ведению родов, каждый раз не только задавая себе вопрос «действительно ли пациентке необходимо кесарево сечение?», но и обсуждая ситуацию с пациенткой. Если перинатальный риск невысок, беременной можно предлагать **альтернативные** варианты родоразрешения.

Щипцы или вакуум?

В среднем по России **акушерские щипцы** применяют в 0,12% всех родов (задокументировано 2100 случаев в 2010 году), а вакуум-экстракцию — в 0,51% (примерно 9 тыс. случаев). Просматривается общая тенденция к снижению в России частоты наложения акушерских щипцов: в 2001 году — 2,65 на 1000 родов, а в 2009-м — уже только 1,85. Основная причина происходящего кроется в увеличении числа судебных исков против акушеров-гинекологов, в том числе по причине травмирования детей при извлечении. Получается, молодых специалистов не обучают искусству применения

щипцов, опасаясь травм, что повышает потенциальную опасность, если ситуация всё же требует их использования. А неблагоприятный исход такой отчаянной попытки только усугубляет негативное отношение к этому методу родовспоможения.

Вакуум-экстрактор ещё полвека назад^{5,6} был признан более безопасным, однако в силу более продолжительного воздействия травмирующий эффект может оказаться даже более выраженным, чем при использовании щипцов. Исследователи отдалённых последствий вакуум-экстракции расходятся в «показаниях»: одни отмечают отклонения в физическом и нервно-психическом развитии детей, другие их отрицают.

Среди травм отмечают:

- поверхностные повреждения кожи головки новорождённого у 62,7% (ссадины, отслойку эпидермиса, пузыри, кровоизлияния, гематомы, кефалогематомы, отслойку кожи);
- изменение конфигурации головки у 8%, деформацию костей черепа у 3,5%;
- резко выраженную родовую опухоль у 11,3%.

В литературе описаны также другие, более тяжёлые случаи: поднадкостничные гематомы, внутричерепные кровоизлияния, переломы костей черепа, травма и вывих глазного яблока, разрыв зрительного нерва, парез лицевого нерва, параличи и парезы верхней конечности⁷. С другой стороны, при сравнении исходов кесарева сечения и наложения акушерских щипцов⁸ можно сделать следующие выводы:

- кровопотеря для матери и число койко-дней после кесарева сечения больше;
- оценка новорождённых по шкале Апгар и частота послеродовых осложнений у матери и ребёнка достоверно не различаются¹.

Как бы то ни было, ситуация складывается так, что молодое поколение акушеров-гинекологов довольно скептически относится к применению акушерских щипцов — **в пользу вакуум-экстрактора**. Так, в России с 2002 по 2009 год использование щипцов сократилось в 2 раза, а вакуум-экстракторов — возросло в 17,5 раза (в Сибирском федеральном округе в 5,5 раза). Хорошо это или плохо — сказать сложно. Однако не

следует упускать из виду, что в экономически развитых странах, где взят курс на перинатальное акушерство, эти методики родовспоможения применяют значительно чаще: в США щипцы используют в 28 раз, а в Великобритании — в 46 раз чаще, чем в России (6,3 и 5,5% всех родов соответственно), вакуум-экстрактор — в 18 и 19 раз чаще (3,4 и 6,6%).

С учётом того, как бдительно страховые компании этих государств следят за обоснованностью применяемых врачами методик, цифры следует трактовать как зарубежное признание целесообразности.

Щипцы как акушерский инструмент возникли ещё в XVI веке, вакуум-экстрактор — в середине XX, и их вовсе нельзя отнести к «вчерашнему дню». Однако несомненно, что для их применения существуют строгие показания и требуется основательный врачебный опыт. Опять же — как насчёт **альтернативы?**

Преданья старины

Археологам знакомы древние статуэтки и изображения женского начала, чуда появления новой жизни. Ещё 4—3 тыс. лет до н.э. в древних Китае и Индии создавались скульптуры и фрески со сценами родов: женщины (часто — героини эпоса, иногда — богини) сидят на корточках, держась за дерево или при поддержке помощниц. Перуанские индейцы и майя оставили статуэтки женщин, рожающих на корточках или стоя на коленях. Народы Африки традиционно весьма изобретательны в позах для родов:

- стоя, держась за импровизированный турник или палку;
- стоя при поддержке помощниц;
- стоя на коленях;
- сидя на земле при поддержке партнёра сзади;
- сидя на краю деревянного чурбана или горшка;
- сидя на корточках.

[**Снижение перинатальной смертности происходит при частоте кесарева сечения 13–14%; при числе выше 15–17% риск послеоперационных осложнений растёт при неизменной перинатальной смертности.]**

Роды по-бушменски

Яркую зарисовку обычаев бушменов — низкорослого африканского племени, обитающего в засушливых краях, — предлагает читателям писатель Уилбур Смит в реалистичном романе «Горящий берег». По сюжету во время Первой мировой войны беременная француженка чудом избегает гибели после взрыва корабля в прибрежных водах Африки. На пустынном берегу она встречает двух стариков-бушменов и продолжает путешествие вместе с ними. Автор изображает сцену родов, в которых француженке помогает старая бушменка.

«— Сядь! — рявкнула Х'ани. — Теперь ты должна помочь ему. Сядь! *Ты не поможешь ребёнку, лёжа на спине!*

Она заставила Сантэн сесть на корточки, широко расставив ноги и разведя колени — *в естественной позе для родов*.

— Держись за дерево для устойчивости, — настоятельно поучала она. — Вот так.

Старуха положила руки Сантэн на шероховатую кору, и Сантэн застонала и прижалась лбом к стволу.

— Давай!

Х'ани наклонилась позади неё и жилистыми руками обхватила тело Сантэн.

— О, Х'ани! — кричала Сантэн.

— Да! Я помогу тебе вытолкнуть его. — Она крепче сжала Сантэн, и та инстинктивно начала тужиться. — ...Ещё сильнее! Тужься! — уговаривала Х'ани...»

Древние Греция и Египет оставили множество изображений рожающих женщин — и во всех случаях прослеживается **вертикальное положение таза**, когда тяжесть плода приходится на диафрагму таза родильницы.

В средневековой Европе вплоть до начала XIX века были распространены родовые кресла (стулья) из дерева, в богатых семьях обитые кожей или тканью, с оригинальной резьбой и роспи-

сью. Нередко они были семейными реликвиями и передавались по наследству или использовались потомственными акушерками в течение десятков лет. Некоторые из этих кресел, дошедшие до наших дней, были свидетелями более 2000 родов.

Спинка родильного кресла позволяла женщине принимать вертикальное положение. Однако центр тяжести у стула расположен низко, и женщина

могла также сесть на корточки, по-прежнему опираясь на стул. Некоторые кресла были довольно сложной конструкции и имели даже подставки для ног — для комфорта роженицы.

Неоднозначную роль в акушерстве сыграл французский «король-солнце» — Людовик XIV. С одной стороны, он рассеял в высшем обществе предубеждения против акушерства, пригласив ко двору знаменитого врача Клемента из Арея для одной из своих фавориток, госпожи де Лавальер. Это не только дало толчок развитию науки, но и популяризировало профессиональную акушерскую помощь. С другой стороны, любвеобильный правитель был ещё и любознательным — пожелал присутствовать при родах. Для комфорта королевского обзора роды проходили при горизонтальном положении тела женщины, что тут же принялся копировать и тиражировать весь высший свет, причём не только во Франции.

Эта традиция дожила и до наших дней, хотя последние 10 лет выбор положения при самопроизвольном родоразрешении — широко обсуждаемая тема. Ключевой недостаток позы «на спине» — самой роженице отводится лишь пассивная роль. Это положение физиологически нельзя назвать оптимальным ни для женщины, ни для её ребёнка. Напротив, врачу и акушерке вполне удобно. Логично ли, что для **двух главных участников** родов — матери и ребёнка — создаются не вполне подходящие условия?

Вертикальные роды

Методика вертикальных родов за последние 30 лет была возрождена и заново апробирована во многих странах Европы и США. Ведение родов по этой системе подразумевает свободу движений в I периоде. Роженица может стоять, ходить, лежать, принимать тёплый душ, полусидеть на специальном стуле — всё это способствует уменьшению боли во время схваток.

В акушерской клинике Новосибирского городского перинатального центра тоже применяют несложную методику вертикальных родов — наряду с родоразрешением другими, привычными способами. Оптимальным признано по-

[Старинные образцы родильных кресел XVII–XVIII веков были трансформерами: при необходимости раскладывались в операционный стол или кровать.]



ложение, когда роженица во время потуг стоит на коленях **на обычной рахмановской кровати**, слегка наклонившись вперёд. Благодаря силе тяжести, приходящейся на тазовое дно, сокращения матки становятся более эффективными. При этом II период протекает несколько длительнее, но и более плавно, что снижает риск родового травматизма.

Было проведено исследование, позволяющее разобраться, насколько родовой травматизм отличается у женщин, предпочитающих то или иное положение при родах через естественные родовые пути. В работу вошли 200 повторнородящих женщин — 100 в группе «традиционного» родоразрешения в положении на спине и столько же родоразрешённых вертикальным способом. Из исследования были исключены роженицы с анатомически узким тазом, тазовым предлежанием и крупными размерами плода.

Во II периоде роженица, находясь в вертикальном положении, активно участвует в родовом процессе и наблюдает рождение ребёнка. Приём вертикальных родов не требует особых организационных усилий и не предполагает наличия дорогостоящего оборудования. Главное, что необходимо для его внедрения в практику, — изменение представлений о тактике ведения физиологических родов и преодоление стереотипов мышления и поведения акушерского персонала.

В III периоде женщина сидит, приложив к груди ребёнка. Отделение плаценты происходит уже в сидячем положении, что значительно сокращает **длительность** последового периода. Поскольку плацента у женщины в сидячем положении отделяется быстрее, то уменьшается кровопотеря: при вертикальных родах она составляет всего 100–150 мл.

Исследователи выделили несколько **преимуществ** вертикальных родов:

- уменьшается давление матки на крупные сосуды;
- сокращается I период родов;
- снижается риск родового травматизма;
- уменьшается кровопотеря;
- обеспечивается активное поведение женщины во время всех периодов родов.

И самое главное — в цифрах: при вертикальных родах по сравнению с классическими укорачиваются I и III периоды родов, а также резко сокращается родовой травматизм — эпизиотомия не потребовалась ни одной из 100 женщин, рожавших в вертикальном положении (при сравнении с девятью при классических родах), разрывов шейки матки было в 2 раза меньше (два случая против четырёх), равно как и разрывов промежности (три случая против семи). Какие аргументы могут звучать более убедительно?

Подчёркивая стремление акушерско-гинекологического сообщества к устранению элементов акушерской агрессии, новосибирские специалисты предлагают выход, достойный самого пристального внимания: вертикальные роды — наиболее естественный и древний способ, когда сама природа силами гравитации помогает оптимальному прохождению плода по родовым путям. Ещё один важный аспект: к неоспоримым преимуществам вертикального родоразрешения следует отнести **значительное сокращение показаний к кесареву сечению** — активное поведение роженицы в I периоде родов во многих случаях предупреждает слабость родовой деятельности. Кроме того, профилактуются прочие ано-

Длительность родов per vias naturales при разных положениях роженицы

Показатели	Роды «на спине»	Вертикальные роды
I период родов, ч	9,07+0,41	7,6+0,48
II период родов, мин	33,4+7,1	48,1+2,14
Безводный промежуток, ч	9,1+0,83	7,68+0,78

Травмы в родах per vias naturales при разных положениях роженицы

Травмы, %	Роды «на спине»	Вертикальные роды
Эпизиотомия	9	0
Разрыв шейки матки	4	2
Разрыв промежности	7	3
Всего	20	5

малии течения родового акта. В историях родов женщин, выбравших вертикальные роды, значительно реже прослеживаются такие неблагоприятные элементы акушерской агрессии, как раннее вскрытие плодного пузыря, ускоренное начало родовозбуждения при преждевременном излитии околоплодных вод, использование утеротоников (особенно в высоких дозах), чрезмерно активное ведение III периода родов.



На фоне благоприятных показателей рождаемости в Сибирском федеральном округе по итогам 2011 года представленные данные и результаты исследований, проведённых в регионе, выглядят особенно значимыми. По самым радужным прогнозам получается, что в масштабе страны таких итогов оптимизации в системе родовспоможения и здравоохранения следует ждать не ранее 2015 года.

Если же учитывать негативные вероятности, то за предстоящие 14 лет страна может потерять ещё 6 млн человек*, и тогда на «второй русский крест» в обозримом будущем рассчитывать не приходится. По данным Росстата, за I квартал 2011 года в России смертность превысила рождаемость на 2,3‰. Тем не менее, своевременно сделав выводы из достижений сибирских коллег, в наших силах изменить как минимум ту часть ситуации в стране, которая зависит от акушеров-гинекологов, раньше и по наиболее желательному сценарию. Важно помнить о чрезвычайной ценности каждой беременности, и вести роды следует максимально бережно. **SP**

* Такие цифры прозвучали в рамках Национального конгресса по акушерству (Санкт-Петербург, 2011 год).

Панацея? Нет, рациональность!

Комментарий главного редактора проф. В.Е. Рагзинского



Травмы родовых путей — проблема, до конца не осознаваемая миром. О масштабах трагедии свидетельствует наличие в странах третьего мира особых лечебных учреждений, оказывающих помощь травмированным в родах и не получившим должной реабилитации. На региональных конгрессах в странах Южной Африки, Восточной Азии и Латинской Америки вопросам фистул уделяется большое внимание, ибо до 300 тыс. женщин ежегодно получают травмы в родах, в основном представительницы самых молодых (12–16 лет) и неимущих слоёв. Однако и промышленно развитые страны не могут похвастаться реальными решениями проблемы родового травматизма.

Почему вообще женщины получают травмы в родах, а у животных таких травм не бывает? Никто не станет отрицать, что прогресс стационарного родовспоможения изменил сам родовой акт. Продолжительность процесса сокращается, и вместо гиппократового «Солнце не должно всходить над головой роженицы дважды» (т.е. до 24 ч) у первородящих роды длятся менее 9 ч, а у повторнородящих их скоро не станет вообще (2–4 ч)! Только лишь эволюционным путём за 100 лет такого произойти не могло: 60% родов так или иначе завершаются с помощью окситоцина! Именно усиление контрактильности миометрия приводит к нарушению механизма родов и травматизации родовых путей. Животные не получают

травм при естественных родах, потому что инстинктивно бережно относятся к родовому акту.

Сказанное — отнюдь не призыв к родам без акушерской помощи (в условиях транспортных коллапсов и реанимобиль подчас не доезжает от дома до роддома), но акушерская помощь в родах должна быть пересмотрена. Прежде всего это относится к ренессансу естественности: позу для родов женщина должна выбрать сама! Она может рожать в первом периоде в любой приемлемой обстановке — стоя, сидя, лёжа на боку, на спине. С началом II периода у неё нет нужды ложиться на рахмановскую кровать — и это принципиально. Скорее всего рахмановские кровати придуманы для удобства акушеров. Именно поэтому не только в империях, но и в самых демократичных странах уже около ста лет женщины рожают лёжа, хотя изгнание плода не требует горизонтального положения. Древние не знали, что, кроме гладкомышечной мускулатуры, в акте изгнания участвуют и поперечно-поло-

стота травматизма снижается, но в случае разрыва промежности он бывает более глубоким. Минувшее десятилетие внесло свои коррективы — не все должны рожать «в свободном полёте», есть женщины с патологическим биоценозом, высокой или короткой промежностью, рубцами после предыдущих разрывов и перинеоррафий, макросомией плода. Для них нет запрета на вертикальные роды, но именно у этих женщин надо быть готовым в случае необходимости вернуться к «удобной акушеру» позиции для оказания необходимой помощи, скажем, при дистонии плечиков. Но никак не для неправомерно приписываемого Кристеллеру «выдавливания» плода телом акушера (кстати, вертикальные роды исключают этот вид акушерской агрессии!).

Технологии не отстали! Революцией можно считать появление кроватей-трансформеров, позволяющих акушеру оказывать при необходимости пособие в родах, а женщине — рожать в любом удобном для неё положении, но с ассистенцией акушерки даже при

[В 2011 году Украина в одностороннем порядке решила отказаться от рахмановских кроватей.]

сатые мышцы передней брюшной стенки, ягодиц, бёдер и голеней, но, судя по сохранившимся археологическим находкам, рожали стоя и сидя!

Разумеется, вертикальные роды не панацея и не надо ждать чудес от возврата к естественному родоразрешению. Суть вертикальных родов — наиболее эргономичный путь опорожнения плодородия, регулируемый и осуществляемый самой женщиной. Не новация, а рационализация родов в новых технологических условиях.

Первые сообщения о вертикальных родах относятся к началу 90-х годов XX века: результаты хорошие, но не гарантируют сохранности промежности. К концу тысячелетия стало ясно, что ча-

«сидячем» или вертикальном родоразрешении. В нашей клинике уже больше 3 лет стоит такой трансформер, и результаты впечатляющие. Сочетание свободного поведения в родах и минимальной акушерской помощи привело к реальному снижению родового травматизма не только у вертикально родоразрешённых женщин, но и в целом по роддому. Радуюсь, знакомясь с работами коллег по оптимизации родоразрешения, в том числе с перемёной положения тела рожавшей женщины.

Опыт Украины, в одностороннем порядке отказавшейся от рахмановских кроватей, свидетельствует о несомненной пользе выбора самой роженицей оптимального положения тела во время родов.

Комфорт
и активная позиция
при рождении
ребенка



Кровать для родовспоможения



реклама

Удостоена награды
за выдающийся дизайн



- **Уникальная конструкция ножной секции кровати.** Благодаря расположению на эксцентрической подъемной колонне, ножная секция легко фиксируется в одном из трех горизонтальных положений, а также быстро и просто убирается под кровать.
- **Держатели ног по Геппелю** имеют трехмерную систему безвинтовой фиксации на основе концепции «суставного сочленения» и позволяют быстро адаптироваться к положению роженицы в любой момент родов.

Эксклюзивный дистрибьютор BorCad® (Чешская Республика) в России – компания «БиоСистемы»

ООО «БиоСистемы»
197101, Россия, Санкт-Петербург
Петроградская наб., 36 А
тел.: (812) 320 49 49
факс: (812) 320 49 40
e-mail: main@bioline.ru
www.bioline.ru

Москва, тел.: (800) 555 49 40
Новосибирск, тел.: (383) 227 09 63
Екатеринбург, тел.: (343) 287 32 49
Нижний Новгород, тел.: (831) 278 61 47
Ростов-на-Дону, тел.: (863) 268 99 32
Казань, тел.: (843) 570 66 88

ДП «БиоЛайн Украина»
03062, Украина, Киев
пр.Перемоги, 67 Д, оф.102
тел.: +38 (044) 200 89 37
факс: +38 (044) 200 89 20
e-mail: info@bioline.kiev.ua

Единый
бесплатный
номер сервисной
службы для всех
регионов России:
8 800 333 00 49

группа компаний БИОЛАЙН

BioSystemy



многоплодная беременность: как улучшить исходы

Извлечение плода в целом плодном пузыре при многоплодии —
ближайшие и отдалённые результаты



Авторы: Ильгар Фаридович **Фаткуллин** проф.,
зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2
КГМУ, председатель Общества акушеров-гине-
кологов Республики Татарстан (Казань);
Нариман Рустемович **Ахмагеев** (Казань)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина,
Хильда Симоновская

Хотя многие женщины мечтают родить за один раз двух или даже трёх детей, лишь однократно пережив все сложности гестации и родов, врачи хорошо понимают, что многоплодная беременность — раздел патологического акушерства, ассоциированный с рисками как для матери, так и для плодов, в первую очередь по причине высокой частоты их недоношенности, незрелости при рождении.

Злободневности этой проблеме сегодня не занимать: в 2012 году в России была начата регистрация детей массой от 500 г и сроком от 22 нед гестации, а роддома, их оснащение, подготовка медицинских кадров оказались не вполне готовы к нововведению. Именно поэтому каждая превентивная стратегия, особенно внедряемая в практику без особых сложностей и при этом позволяющая снизить перинатальную заболеваемость и смертность, сегодня нужна как никогда*.

Доля многоплодия (два или более плодов) среди всех маточных беременностей в разных странах варьирует от 0,5 до 3%, — казалось бы, не так уж часто¹, однако в пересчёте

на абсолютные цифры за 2012 год для России это по меньшей мере 8,5 тыс. беременностей и 17 тыс. младенцев. Тем более что в последние годы многоплодие становится всё более распространённым.

* См. статью Ф.И. Фаткуллина «Рождение в рубашке. Кесарево сечение при недоношенной беременности». StatusPraesens. 2012. №1 [7]. С. 27.

Причиной тому служит растущая востребованность вспомогательных репродуктивных технологий, таких как ЭКО со стимуляцией суперовуляции²⁻⁴. Кроме того, всё чаще наши современницы откладывают планирование беременности до возраста 30–35 лет и старше, что выступает дополнительным фактором риска многоплодия. Подливает масла в огонь и активное, зачастую неправильное применение гормональной контрацепции — до сих пор многие не то что пациентки, но даже врачи ошибочно полагают, что в приёме КОК нужны перерывы. А на волне отмены препарата возникает так называемый ребаунд-эффект, когда довольно резко растёт вероятность наступления беременности, в том числе многоплодной⁵.

Рассмотрим подробно, чем грозит многоплодная беременность.

Опасное многоплодие

До 2012 года общая перинатальная смертность в нашей стране составляла 7,37 на 1000 новорождённых (Росстат, 2010), в абсолютных числах — порядка 13 тыс. детей в год. И хотя доля многоплодных беременностей не превышает 3%, их вклад в показатель перинатальной смертности весьма значителен: 50 на 1000 новорождённых — 12,6% всей перинатальной смертности (около 1600 погибших детей в год)⁶. Получается, что при многоплодной беременности риск гибели у новорождённого действительно высок — погибает каждый двадцатый ребёнок.

Кроме повышенного риска для жизни новорождённые при многоплодной беременности имеют худшие показатели здоровья в целом, равно как и оценки по шкале Апгар. Общая заболеваемость у таких детей выше, особенно если говорить о неврологических осложнениях, что в ранний неонатальный период выливается в заметно бóльшую потребность в реанимационных мероприятиях, чем у детей, рождённых в исходе обычной беременности^{7,8}. Причины просты — высокая частота преждевременных родов и относительно низкая масса тела новорождённых даже при доношенной беременности: средняя масса тела плодов при двойне составляет всего 2300 г³.

Неврологические нарушения у рождённых в исходе многоплодной беременности — отдельная тема. По данным литературы, у детей из двоен частота неврологических нарушений (гипоксического и ишемического характера, перивентрикулярных лейкомаляций или уплотнений, внутрижелудочковых кровоизлияний) **в 4 раза выше**, чем при одноплодной беременности⁹.

Кроме того, существуют и специфические осложнения многоплодной беременности, например обратная артериальная перфузия (один плод кровоснабжается из пупочных артерий второго), синдром фето-фетальной гемотрансфузии и другие осложнения, резко ухудшающие состояние плодов и дальнейший прогноз⁶.

Многоплодная беременность опасна не только для плодов — рискует и сама женщина: чаще развиваются **анемия**^{2,8}, артериальная гипертензия, многоводие, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и те же преждевременные роды.

Трудности родоразрешения

Как уже было сказано, преждевременные роды, как правило, сопутствуют многоплодной беременности. При этом частота детских родовых травм в 7 раз выше, чем при своевременных родах. Основная причина повышенного перинатального травматизма — анатомическая и функциональная незрелость: голова относительно крупная, мозговой череп преобладает, кости черепа мягкие, черепные швы, в том числе боковые роднички, открыты. Если прибавить к этому незрелость прочих органов и систем (позвоночных артерий, дыхательной системы и т.д.)¹⁰, то становится понятным, почему риск прохождения незрелого плода через полость малого таза малопримемлем и для чего при многоплодии показания к кесареву сечению существенно расширены. Например, рубец на матке служит несомненным показанием к абдоминальному родоразрешению при многоплодной беременности, тогда как при обычной беременности рубец на матке всё реже выступает препятствием для родов *per vias naturales*, каковые при многоплодных беременностях проводят менее чем в половине случаев (41,2%)^{3,11}. Неслучайно, согласно результатам ретроспективного когортного исследо-

[Можно добиться лучших результатов, минимизировав травмирующее воздействие на плод... рук хирурга и тканей рассечённой матки.]

«Люди сверху»

С древнейших времён у разных народов мира образ человека, повторённый дважды или трижды, непременно вызывал удивление и любопытство, что требовало от социума чётко сформулированного отношения к этому не вполне рядовому природному явлению: от почитания до страха и ненависти. Так, большинство коренных жителей Америки традиционно почитали близнецов: инки и индейцы племени дакота считали их избранными, детьми бога молний; эти дети, как и их родители, пользовались особыми привилегиями. Племя ноатака видело в рождении близнецов счастливое предзнаменование и предрекало в этот год богатый улов лососёвых рыб.

Однако некоторые народы рассматривали многоплодие как дурной знак; таких матерей жестоко наказывали, иногда даже убивали. Например, айны, аборигены Японских островов, изгоняли женщин, родивших близнецов, чтобы соплеменницы не «заразились» и не начали тоже рожать двойни. Самих близнецов в течение всей жизни избегали. В средневековой Европе матерей близнецов нередко обвиняли в сожительстве с дьяволом и сжигали на костре как ведьм вместе с детьми.

Даже в наши дни некоторые африканские народы (шеллуки, нуэры) полагают, что близнецы — это «дар небес», их называют «два божества», «божьи дети», «люди сверху». Напротив, другие африканцы считают, что близнецы несут с собой зло, могут «сглазить», что с ними нужно быть очень осторожными, поскольку такие дети якобы повелевают скорпионами.

вания, на сроках гестации более 36 нед исходы для бихориальных двоен лучше после кесарева сечения, чем после родов через естественные родовые пути¹².

Вывод о меньшей опасности абдоминального родоразрешения для плодов при многоплодной беременности сегодня аксиоматичен, однако это не означает, что исчерпаны все возможности по улучшению перинатальных исходов. Например, можно оптимизировать технику кесарева сечения и добиться лучших результатов, минимизировав трав-

кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре при преждевременных родах на сроке 32 нед гестации¹⁵ (20 женщин, 23 новорождённых).

Технология в принципе несложна, поскольку плоды имеют относительно низкую массу, хорошую подвижность, а нижний сегмент матки, как правило, достаточно тонок. Доступ к телу матки не отличается от классических техник кесарева сечения. Рекомендованы поперечный разрез передней брюшной стенки (по Джозлу—Кохену, Пфан-

чения. При каждом третьем кесаревом сечении (33,7%, n=33) новорождённых извлекали в целом плодном пузыре.

Чтобы проанализировать, каким образом обсуждаемая методика влияет на состояние новорождённых из двойни и их дальнейшее развитие, были сформированы две группы по 31 женщине с двуплодной беременностью, которых по разным причинам родоразрешали путём кесарева сечения. В **основной группе** новорождённых извлекали в целом плодном пузыре, в **контрольной** — традиционным способом. В исследование включали пациенток со сроком гестации 28–37 нед и с целым плодным пузырём хотя бы у одного из плодов. При этом родильниц, экстренно переведённых в операционную во II периоде родов и с первостепенными факторами риска (тяжёлая внутриутробная гипоксия плода, предлежание и/или преждевременная отслойка плаценты), из исследования исключали.

В целом же показаниями к абдоминальному родоразрешению оказались следующие ситуации:

- моноамниотическая двойня — два случая (3,23%);
- тазовое предлежание первого плода — восемь (12,90%); поперечное положение второго плода — два (3,23%);
- гестоз средней и тяжёлой степени — 11 (17,74%);
- хроническая внутриутробная гипоксия одного из плодов — 12 (19,36%);
- первичная слабость родовой деятельности — один случай (1,61%);
- рубец на матке после кесарева сечения — девять (14,52%);
- отягощённый за счёт бесплодия и применения вспомогательных репродуктивных технологий акушерско-гинекологический анамнез — 12 (19,36%);
- преждевременное излитие околоплодных вод — четыре (6,45%);
- патологический прелиминарный период — один случай (1,61%).

Бихориальных биамниотических двоен было больше всего — по 18 (58,1%) в каждой группе, монохориальных биамниотических — по 12 (38,7%), монохориальных моноамниотических — по одной (3,2%). Возраст беременных, акушерско-гинеколо-

[Кесарево сечение с извлечением плодов в целом плодном пузыре занимает ненамного больше времени, чем обычная техника, — оно длится дольше лишь на 2,5 мин (с разбросом от 2 до 5 мин).]

мирующее воздействие на плод... рук хирурга и тканей рассечённой матки¹⁰. Речь об извлечении плода при кесаревом сечении в целом плодном пузыре.

По законам гидравлики

Впервые методика извлечения плодов в целом плодном пузыре была предложена немецким доктором Хиллеманном четверть века назад с целью уменьшения интраоперационной кровопотери¹³. В 2000 году М. Pesaresi и соавт.¹⁴ рекомендовали использовать этот метод у ВИЧ-инфицированных беременных для уменьшения контакта плода с кровью матери*.

Интраоперационное сохранение целостности амниотических оболочек позволяет создать дополнительную механическую — «гидравлическую» — защиту от травматического воздействия во время кесарева сечения. Уже сегодня указанный метод считают обязательным многие передовые российские клиники при абдоминальном родоразрешении на сроках до 37 нед¹¹. Кстати, если говорить о сроках родоразрешения, то здесь заслуживает внимания сообщение тайваньских коллег об успешном опыте

ненштилю), разведение тканей передней брюшной стенки преимущественно тупым способом. Разрез на матке следует проводить крайне аккуратно, чтобы не повредить плодные оболочки, поэтому предпочтителен разрез по Дерфлеру. Следующий этап — хирург вручную отслаивает ткани плодного пузыря от эндометрия. После этого предлежащую часть первого плода выводят в рану. Ассистент совершает **плавное** давление на переднюю брюшную стенку роженицы, имитируя потуги. В разрез выходит плод в целом плодном пузыре, амортизирующем внешние воздействия — давление тканей материнского организма, рук хирурга. Второй плод извлекают таким же образом. Ушивание тканей не отличается от традиционных методик¹¹.

Карта исследования

Представлены результаты пятилетней работы (2007–2011) в акушерском отделении Городской клинической больницы №7 Казани. За этот период многоплодные роды двойнями наблюдали у 221 беременной, что составило 0,91% всех родов. Из них 98 женщин (44,34%) были родоразрешены путём кесарева се-

* Примечание SP. В России эта методика родоразрешения внедряется во многом благодаря проф. В.Е. Радзинскому, проф. И.Ф. Фаткуллину и Ф.И. Фаткуллину (Казань), подтвердившим действенность подобной интранатальной защиты плода.



Рис. 1. Полость матки рассечена, через разрез виден целый плодный пузырь. Врач тупым способом разводит края разреза до 10 см.



Рис. 2. Осторожно отслаивают плодный пузырь от стенок матки.



Рис. 3. Выводят плод тазовым концом, стараясь не повредить плодные оболочки.



Рис. 4. Плод извлечён в целых плодных оболочках.

гический анамнез, распределение сроков гестации на момент родоразрешения и показания к кесареву сечению в основной и контрольной группах были аналогичны (совпадают на уровне значимости 0,05 по критерию Уилкоксона).

0 родильницах

Оказалось, что кесарево сечение с извлечением плодов в целом плодном пузыре занимает ненамного больше времени, чем обычная техника, — **оно длится дольше лишь на 2,5 мин** (с разбросом от 2 до 5 мин).

Примечательно, что некоторое пролонгирование оперативного вмешательства **не сказалось на показателе интраоперационной кровопотери**: статистически значимых различий между группами не выявили. Кроме того, при выписке из акушерского отделения всем родильницам проводили УЗИ с определением **толщины послеоперационного рубца на матке** и значимых различий между пациентками из обеих групп также не нашли.

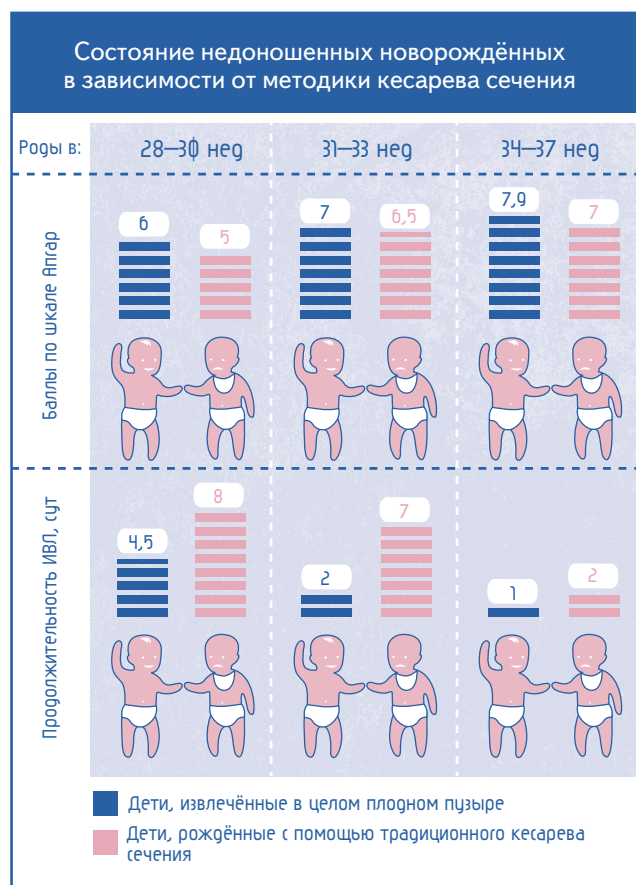
Сразу после родов

Безусловно, вся соль методики — в преимуществах, обеспечиваемых новорождённым. В основную группу ($n=39$) вошли данные о младенцах, извлечённых в целом плодном пузыре, а в группу сравнения ($n=62$) — без сохранения целостности амниотических оболочек. В первой группе 16 детей были извлечены в **целых плодных пузырях попарно** (от восьми матерей).

Шкала Апгар. При анализе данные о состоянии новорождённых учитывались дифференцированно в зависимости от сроков гестации и массы тела при рождении.

В группе детей, извлечённых в целом плодном пузыре, оценки по шкале Апгар на 5-й минуте были выше, чем в группе сравнения: на сроках гестации 28–30 нед — 6 баллов по сравнению с 5; 31–33 нед — 7 баллов *vs* 6,5; 34–37 нед — 7,9 балла *vs* 7.

Разумеется, маловесные новорождённые отличались более низкими баллами. Однако в любом случае применённая методика сказывалась благоприятно: на 5-й минуте извлечённые в целом плодном пузыре в подгруппе 1500–1999 г на балл



опережали группу контроля (7 и 6 баллов соответственно), как и в подгруппе 2000–2499 г (8 и 7 баллов)*.

Искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) потребовалась 30 (76,9%) новорождённым из основной группы и 40 (64,5%) из контрольной (были отмечены признаки синдрома дыхательных расстройств). Однако средняя длительность ИВЛ у новорождённых, извлечённых в целом плодном пузыре, оказалась существенно меньше, чем у детей из группы контроля (ДИ 95%):

- на сроке 28–30 нед — 4,5 vs 8 сут;
- 31–33 нед — 2 vs 4 сут;
- 34–37 нед — 1 vs 2 сут.

Здесь также были заметны различия в скорости адаптации ко внеутробной жизни в зависимости от зрелости: новорождённым с низкой массой тела требовалась более длительная респираторная поддержка. Так, в основной и контрольной группах при массе тела 1000–1499 г средняя продолжительность ИВЛ составляла 4 vs 5 сут соответственно; 1500–

[Чем быстрее ребёнок покинет больничные стены, тем меньше вероятность его инфицирования. Важны каждые сутки.]

* В подгруппах 1000–1499 г и от 2500 г ДИ составил 90%.

1999 г — 2 vs 4 сут, 2000–2499 г — 1 vs 3 сут (ДИ 95%). Дети массой 2500 г и более в обеих группах находились на ИВЛ не дольше 2 дней без статистически значимых различий.

Результаты **клинического анализа крови** новорождённых обеих групп не показали статистически значимой разницы, соответствовали сроку гестации и соматическому статусу. В исследовании **не обнаружено повышения риска анемии у детей, извлечённых в целом плодном пузыре**. Это важно, поскольку некоторые зарубежные авторы всего несколько лет назад уверенно отмечали повышенную вероятность развития анемии у детей, рождённых посредством кесарева сечения и извлечённых в целом плодном пузыре, однако дальнейшие работы этой связи не подтвердили¹⁶.

Нервная система: очевидная выгода

По данным неврологического обследования, у всех недоношенных имелись признаки перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) — синдром угнетения и диффузная мышечная гипотония различной степени. Однако при этом выраженная адинамия, гипорефлексия, отсутствие коммуникабельности в основной группе наблюдались у семи (17,9%) новорождённых, тогда как в группе контроля — у 18 (29%). У детей, извлечённых в целом плодном пузыре, не встречалось признаков двусторонней пирамидной недостаточности, судорожного синдрома, рубрального тремора, что достаточно убедительно свидетельствует: **методика позволяет избежать значительных перинатальных повреждений ЦНС**, а умеренное угнетение и гипотонию следует расценивать как признаки церебральной незрелости соответственно гестационному возрасту.

Допплерометрическое исследование подтвердило преимущества новой методики: если церебральную ишемию I степени выявили у 17 (43,6%) новорождённых основной группы и у 22 (35,5%) из группы контроля, то II степени — у четырёх (10,3%) vs девяти (14,5%) соответственно. Любопытно, что церебральную ишемию II степени наиболее часто наблюдали среди родившихся при сроке гестации от 31 до 33 нед в обеих группах, и особенно высок риск осложнения был у детей с массой тела выше 2000 г, появившихся на свет путём традиционного кесарева сечения. Вероятнее всего, это обусловлено особенностями сосудистой архитектуры данной категории новорождённых и требует дальнейших исследований.

Частота тяжёлых повреждений ЦНС (интраперивентрикулярные кровоизлияния) несколько различалась: если в основной группе эти состояния были зарегистрированы у четырёх (7,7%) новорождённых массой меньше 1500 г, то в контрольной — у семи (11,3%); к тому же не обнаружилось существенной зависимости от гестационного возраста. Интраперивентрикулярным кровоизлияниям оказались наиболее подвержены новорождённые массой 1500–1999 г, рождённые путём традиционного кесарева сечения:

- при массе 1000–1499 г: у одного (2,56%) ребёнка основной группы vs двух (3,23%) из группы сравнения;
- при массе 1500–1999 г: у двух (5,13%) детей основной группы vs шести (9,68%) из группы сравнения;

■ при массе 2000—2499 г: у одного ребёнка из каждой группы.

У детей массой от 2500 г и более ультразвуковых признаков интраперивентрикулярных кровоизлияний не было обнаружено вообще. Это вполне ожидаемо, поскольку указанное тяжёлое осложнение периода новорождённости связано с особой хрупкостью герминального матрикса — богато кровоснабжаемой незрелой эмбриональной структуры. Герминальный матрикс полностью исчезает к 32 нед гестации.

Дорога в большую жизнь

Состояние «рождённых в рубашке» детей из двойни было очевидно лучше, чем у детей после традиционного кесарева сечения, что подтверждается и **глительностью стационарного лечения**: извлечённых в целом плодном пузыре выписывали раньше, чем появившихся на свет абдоминальным путём без применения данного метода:

- у новорождённых гестационного возраста 28—30 нед стационарное лечение занимало в среднем 34,5 в основной и 37,5 сут в контрольной группах (различия недостоверны);
- 31—33 нед — 25,5 и 29,5 сут*;
- 34—37 нед — 24 и 26 сут*.

Следует отдельно отметить часто недооцениваемую важность этого показателя: чем быстрее ребёнок покинет больничные стены и перестанет контактировать с госпитальной микрофлорой, тем меньше вероятность его инфицирования антибиотикорезистентными штаммами. И здесь важны каждые сутки, особенно если речь идёт о недоношенных с незрелой иммунной системой — от ранней выписки во многом зависит исход лечения.

Влияет ли методика извлечения плода в целом оболочке на **гальнейшее развитие детей**? Для поиска ответа на этот весьма здравый вопрос был проведён анализ некоторых физиологических параметров на первом году жизни. У всех недоношенных гестационного возраста 28—30 нед в обеих группах основные показатели двигательных навыков отставали от физиологической нормы в равной степени, однако у детей более

Исчезающая опасность

Герминальный матрикс — важная структура мозга, поставляющая нейрональный и глиальный строительный материал для коры и подкорковых ганглиев в период раннего онтогенеза. Матрикс расположен ниже и латеральнее эпандимы, выстилающей дно бокового желудочка, кровоснабжается он в основном из бассейна передней мозговой артерии; незрелые сосуды с широкими просветами **не имеют базальной мембраны** и мышечных волокон. В зоне герминального матрикса мало поддерживающей стромы и повышена фибринолитическая активность, именно поэтому расположенные здесь сосуды чрезвычайно хрупки, а их повреждение провоцирует значительное кровоизлияние, особенно у детей с экстремально низкой массой тела. В основе перивентрикулярных кровоизлияний лежит срыв ауторегляторных возможностей мозгового кровотока — незрелый сосудодвигательный центр не способен поддерживать постоянство кровенаполнения мозга при колебаниях системного артериального давления, особенно при его значительном повышении.

Максимального развития герминальный матрикс достигает в 12—16 нед гестации и сохраняется до 6-го месяца внутриутробной жизни, затем претерпевает инволюцию и к 32-й неделе гестации практически исчезает.

[Против ожиданий, в проведённом исследовании не обнаружено повышения риска анемии у новорождённых, извлечённых в целом плодном пузыре.]

поздних гестационных сроков показателями в группах различались:

- 31—33 нед — у 10 (62,50%) в основной группе vs 19 (79,17%) в группе контроля;
- 34—37 нед — у девяти (40,91%) в основной группе vs 20 (50,56%) в группе контроля.

Для полноты картины: в ходе телефонного сбора катамнеза (комментарий SP: между прочим, прекрасная практика!) было выяснено, что дети из основной группы на первом году жизни примерно вдвое реже болели, а в развитии двигательных навыков заметно быстрее догоняли сверстников, чем младенцы из группы контроля.



Описанная превентивная стратегия — это метод, который работает на перспективу. Ослабление интранатального механического воздействия на незрелый плод не только сокращает объём реанимационных мероприятий и частоту неврологических осложнений в ранний неонатальный период, но и сказывается на дальнейшем развитии детей. Результаты исследования свидетельствуют, что

максимальную пользу методика извлечения плода в целом плодном пузыре приносит на сроках беременности более 33 нед и при предполагаемой массе тела плодов от 1500 до 2499 г.

Сегодня акушер-гинеколог вполне способен оградить незрелый плод от травмирующих воздействий — прямого соприкосновения с руками хирурга, тканями материнского организма. Как оказалось, силу этих воздействий раньше серьёзно недооценивали, равно как и уязвимость недоношенных новорождённых. Конечно, налицо экономическая выгода (уменьшаются сроки стационарного лечения детей, снижается заболеваемость на первом году жизни), однако не о выгоде хочет сказать SP! Взвесим, что важнее: 2,5 мин дополнительного операционного времени или вся описанная польза? Здесь даже решать ничего не надо — пора осваивать методику и повышать уровень хирургического мастерства**. **SP**

* ДИ 95%.

** Видеозапись нескольких таких операций можно увидеть на сайте www.praesens.ru.

Библиографию см. на с. 94—95.

A large, dark, textured background featuring a prominent, lighter-colored handprint. The handprint is oriented with fingers spread. In the center of the palm area, there is a small, rectangular red label with white text. The overall aesthetic is gritty and artistic.

back-up

Для библиографических ссылок

• Токтар Л.Р. Фараоново обрезание в наши дни // StatusPraesens. М.:
Изг-во журнала StatusPraesens, 2013. — №1 (12). — С. 89–93.

StatusPraesens

языческий ритуал в XXI веке

Фараоново обрезание в наши дни



Автор: Лилия Равильевна Токтар, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН

Копирайтинг: Антон Безруков, Хильда Симоновская

28 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея ООН приняла резолюцию, запрещающую женское обрезание как смертельно опасную процедуру. Принятое решение предписывает всем правительствам в срочном порядке разработать соответствующие национальные программы и внести необходимые поправки в законодательства, чтобы положить конец безнаказанности и обеспечить защиту пострадавшим женщинам^{1,2}.

Оценить важность этой долгожданной резолюции и понять масштабы проблемы можно, обратившись к статистике. Из семи с половиной миллиардов человек, населяющих нашу планету, половина — женщины. На сегодняшний момент 140 млн из них подверглись операциям женского полового обрезания. Если пересчитать, это две из каждой сотни женщин на Земле.

Эксперты ВОЗ, чрезвычайно озабоченные проблемой, оказавшейся на стыке медицины, юриспруденции, культуры, социальных норм и традиционных укладов³, для правильного понимания вопроса различают четыре типа женского обрезания.

I тип. Клиторэктомия. Частичное или полное удаление клитора или, в очень редких случаях, только кожной складки вокруг него.

II тип. Эксцизия половых губ. Частичное или полное удаление клитора и малых половых губ, иногда с эксцизией больших половых губ.

III тип. Инфибуляция (фараоново обрезание). Сужение входа во влагалище путём создания плотного кольца после обрезания и репозиции больших и малых половых губ с удалением клитора. В результате частичного сшивания краёв раны остаётся небольшое отверстие для прохождения менструальной крови.

IV тип. Прокалывания, пирсинг, выскабливание, надрезание, шрамирование и клеймение области гениталий.

Классификация в данном случае необходима не только для упорядочения — первые три типа женского обрезания специалисты ВОЗ осуждают в максимально

жёстких формулировках с рекомендациями по пресечению, а последний тип расценивают как варианты боди-арта, имеющие преимущественно сексуальный характер и не наносящие существенного вреда здоровью и психике.

По примерным оценочным данным, на Африканском континенте процедуре клиторэктомии подверглись около 92 млн женщин, ещё около 50 млн обрезанных женщин рассредоточены по всему миру — преимущественно в среде иммигрантов⁴.

Как это происходит?

Обряд женского обрезания считается праздником, своеобразной инициацией перед вступлением девочки во взрослую жизнь. Процедура, как правило, обставлена пышно: празднично одетые женщины и многочисленные родственницы удерживают несовершеннолетнюю, создавая шумовой фон — выкрикиваемые ритуальные тексты призваны заглушить протест. Как правило, операция проводится людьми, не имеющими медицинского образования, без применения анестезии, в антисанитарных условиях и неподходящим инструментарием (ис-

пользуются обычные ножи или ножицы). После эксцизии произвольного объёма тканей в области половых органов ноги связывают на период формирования рубца, оставляя дренаж разной степени импровизированности для оттока мочи и менструальных выделений.

Примерно 10% девочек умирают непосредственно вскоре после этой процедуры или же в результате ближайших осложнений (наиболее распространённые причины — болевой шок, кровопотеря и сепсис). Отдалённые последствия наблюдаются у ещё большего числа перенёсших процедуру и связаны с утратой репродуктивного здоровья, нарушением физиологического состояния мочевой системы, осложнениями беременности и родов.

Вступление в брак сопровождается другим не менее варварским обрядом, когда с помощью искусственного фаллоса вход во влагалище частично раскрывается механическим способом, опять же без анестезии. В связи с этим каждый эпизод половой жизни сопровождается сильными болевыми ощущениями и мощным стрессом для женщины.

Всего лишь около четверти таких операций проводятся людьми с медицинским образованием, да и те считают обрядовые или традиционные соображения более весомыми, чем этические и профессиональные стандарты⁵. Участие в калечащих манипуляциях серьёзно нарушает врачебную этику и совершенно не укладывается в какие бы то ни было нормативные документы для медицинских работников. При этом только четверть акушеров, опрошенных в странах, где традиционно распространено женское обрезание, считают, что такая процедура вредна⁶, остальные респондентки уверены, что ничего страшного в ней нет.

Зачем это делают?

В странах, где традиция женского обрезания широко распространена (Центральная и Восточная Африка, см. карту), бытует мнение, что в обрезании заложен глубокий религиозный смысл — предполагается, что обрезанная женщина будет более религиозна и внимательна к членам своей семьи и не станет стремиться к удовлетво-

нию своих сексуальных потребностей. При этом наличие клитора у партнёрши не обязательно для полноценной половой жизни мужчины, а осознание того, что женщина обрезана и испытывает дискомфорт от сексуальных контактов, повышает уверенность в целомудренном поведении супруги.

В ряде стран Африки и Ближнего Востока существует укоренившееся представление о женщине как носительнице разврата. В этом контексте обрезание представляют способом «усмирения» женщины, который исключает её вовлечение в добрые половые отношения, способствует покорности и в определённой мере повышает удовольствие, получаемое мужчиной от сексуальной близости. Родители, поддерживающие практику женского обрезания, утверждают, что таким путём можно предотвратить беспорядочную половую жизнь их дочерей. О низкой эффективности подобных «воспитательных» мер красноречиво свидетельствуют данные исследования организации «Врачи без границ»: из 200 обследованных суданских проституток 170 оказались «обрезанными»^{7,8}. Таким образом, никаких моральных и нравственных целей эта экзекуция не достигает.

История и современность

Первые свидетельства исполнения подобных обрядов обнаружены в древнеегипетских папирусах, а у сохранившихся женских мумий выявлены последствия обрезания I и III типов. В Европе клиторэктомия проводилась до 50-х годов XX века и считалась одним из способов профилактики мастурбации у детей, а также лечения истерии и нимфомании у взрослых. В Великобритании женское обрезание было официально запрещено лишь в 1985 году, но многие афроазиатские общины в крупных городах всё ещё продолжают практиковать этот ритуал.

В 2011 году Департаментом социальных исследований Норвегии было проведено развёрнутое анкетирование 214 сомалийцев, компактно проживающих в Осло. Результаты показали, что 70% опрошенных поддерживали прекращение всех форм женского обрезания по

сравнению с 30%, которые выступили за сохранение традиции. При этом последнюю группу респондентов составили люди, прибывшие в Норвегию менее 4 лет назад⁹.

Широко известная в прошлом секта скопцов существовала и в России. Надо заметить, что российские традиции осклопления носили в основном не религиозный, а меркантильный характер: умирая, скопец оставлял всё нажитое богатство своим братьям по секте, поэтому среди скопцов на Руси были весьма состоятельные и влиятельные люди. После громкого судебного процесса в 1929 году считается, что секта прекратила своё существование. Достоверная информация о деятельности секты скопцов в наше время отсутствует.

В июне 2003 года в Каире состоялась конференция по женскому обрезанию, организованная немецкой правозащитной организацией Target, где представители гуманитарных организаций из 28 стран Африки и арабского





© Знаменский Олег / фотобанк Лори

мира приняли декларацию, призывающую прекратить практику обрядовых вмешательств на половых органах. Духовные лидеры мусульман и христиан Египта заявили, что практика женского обрезания не имеет никакого отношения к религии. Декларация, принятая участниками конференции, предлагала считать женское обрезание уголовно наказуемым преступлением, однако в ней не содержалось требования о введении немедленного запрета на проведение этой процедуры. Причина такой осторожности — трепетное отношение к вековым традициям, по данным ЮНИСЕФ, тщательно соблюдаемым «во всех классах, на всех этапах общества, в городской и сельской местности»¹⁰. Тем не менее после конференции запрет на эту процедуру был введён во многих африканских странах.

На примере Судана, где запрет был введён в 2005 году, можно судить о том, насколько сильна обрядовость в этом регионе — количество девочек, подвергшихся обрезанию, снизилось незначительно и сегодня составляет более 80%. Примерно такая же ситуация сохраняется в Сомали.

В Египте за последние годы наметилась тенденция к уменьшению количества «обрезанных» девочек, особенно в крупных городах и в семьях, где один из родителей имеет высшее или среднее образование. В этой стране женское обрезание запрещено в 1997 году, за исключением случаев «медицинской необходимости». Некоторые египетские «врачи» продолжают делать операции, используя эту отговорку.

В 2010 году силами медицинского факультета Каирского университета в наиболее крупных египетских регионах Каира и Гизы был проведён опрос 244 женщин. Выяснилось, что почти 64% опрошенных были подвергнуты процедуре обрезания около 10 лет назад. Основной тому причиной были традиционные верования (61,1%) и соображения религиоз-

[10% девочек умирают непосредственно вскоре после обрезания или же в результате ближайших осложнений (болевого шок, кровопотеря и сепсис).]

ного характера (35,9%). Более половины операций выполнены в домашних условиях, остальные — в частных клиниках и больницах. При этом 94,9% женщин, подвергшихся операции, сообщили, что получили эмоциональную травму, 33,3% впоследствии страдали от кровотечений и 7,7% — от дизурии¹¹. О наличии проблем сексуального характера заявили 72,7% обрезанных в прошлом женщин¹².

Несмотря на то что калечащий обряд клиторэктомии получил широкое распространение преимущественно в мусуль-

Вне закона

Ежегодно 6 февраля отмечается Международный день нетерпимости в отношении практики нанесения увечий женским гениталиям.

В 1982 году женское обрезание признано вне закона в Швеции. В 1985 году то же самое сделала Великобритания. А в 1997 году против ритуального женского обрезания выступили США.

Борьба за права и сохранение здоровья женщин охватывает всё больше стран. К 2006 году 15 стран Африканского континента и два государства Аравийского полуострова признали ритуальное женское обрезание преступным. В Кении прошла пропагандистская общественная кампания «Обрезание словами»¹³. Основной целью этой акции стала попытка предложить некую альтернативу калечащему обряду ритуального обрезания, при этом сохранив дань уважения традициям и все положительные моменты таинства вступления девушек в детородный возраст. Интересно, что помимо лидеров общин в акции принимали участие мужчины (отцы и братья) и женщины.

А вот американским врачам предложили идти на встречу традициям некоторых этнических меньшинств страны, имитируя ритуал женского обрезания путём нанесения на гениталии девочек небольших безопасных надрезов¹⁴. Эти рекомендации поступили от Американской академии педиатрии и были поддержаны комитетом академии по биоэтике. По мнению экспертов, подобная практика позволит прийти к некоему компромиссу, поскольку иногда полный и категорический запрет на женское обрезание может принести больше вреда, чем пользы: традиционные семьи, не желающие мириться с такого рода ограничениями, попросту вывозят своих дочерей в страны, где этот обряд до сих пор практикуется, а там эта калечащая операция зачастую выполняется непрофессионально, в антисанитарных условиях. Подобная инициатива вызвала большой общественный резонанс, даже подверглась критике со стороны правозащитников. Но важно, что общество обратило внимание на проблему, её перестали замалчивать.

Похоже, весь цивилизованный мир пришёл к пониманию того, что женское обрезание идёт вразрез с понятиями норм физиологии, морали, права и даже религии. А что же Россия? В нашей многонациональной и многоконфессиональной стране практика женского обрезания, увы, тоже существует. И вот что настораживает: при попытках найти данные о женском обрезании по интернет-ресурсам поисковик выдаёт множество фактов, касающихся стран Африки, Азии, Европы, а Россия в этом информационном пространстве растворилась практически бесследно: одна-две ссылки на материалы, поднимающие столь актуальный вопрос в нашей стране, разве отражают истину? Что это? Попытка уйти от проблемы?

манских странах, процедура не упоминается в Коране и уходит своими корнями в делёкую доисламскую историю. Известный шариатский принцип о недопустимости причинения умышленного вреда здоровью подтверждает это положение. Таким образом, получается, что любые формы женского обрезания запрещены исламом, поскольку идут вразрез с его основными постулатами.

Россия. Наши дни

Досадно, что в настоящее время в некоторых изданиях мусульманской направленности, публикуемых на территории Российской Федерации, время от времени появляются «авторитетные» мнения по поводу женского обрезания, такие как, например, высказывание преподавателя Дагестанского исламского университета Магомедрасула Ашикова, опубликованное в духовно-просветительской газете «Ас-Салам» в июле 2008 года. «Обрезание для мужчины и женщины становится обязательным, когда они достигают совершеннолетия. Есть также алимы, которые утверждают, что для девочек обрезание является желательным, а для мужчин обязательным... А что касается вреда обрезания для девочек, то если соблюдать указания Пророка относительно их обрезания... то никакого вреда не будет, наоборот, от этого будет только польза и благо, и это установлено современными учёными. Ибо Шариат и его указания являются благом Всевышнего»¹⁵. Вызывает серьёзное недоумение позиция Духовного управления мусульман Дагестана, по согласованию с которым издаётся процитированная газета.

К счастью, далеко не все мусульманские богословы разделяют столь реакционную точку зрения. Многие справедливо считают обряд обрезания девочек пережитком язычества и не одобряют его. «Обрезание девочек не только не поощряется в Исламе, но и считается как минимум нежелательным. Многие учёные считают все хадисы о предписанности женского обрезания вымышленными», сообщает в популярной книге «Любовь и секс в исламе»¹⁶.



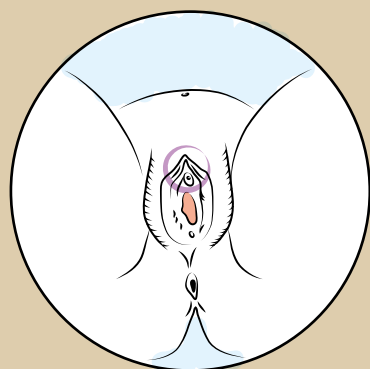
Противостоять традициям женского обрезания можно, опираясь на законодательно-правовую базу, уже существующую в Российской Федерации в необходимом и достаточном объёме. Речь о том, что исполнение обряда обрезания девочек и женщин на сегодняшний день полностью подпадает под определение ст. 111 УК РФ «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью». Та же процедура, совершённая в отношении малолетнего ребёнка, дополнительно может быть квалифицирована по ст. 156 УК РФ «Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего». Об этом следует знать и помнить не только приверженцам превратно трактуемого культурного многообразия, но и врачам, ещё не сформировавшим собственного отношения к проблеме женского обрезания. **SP**

Библиографию см. на с. 94–95.

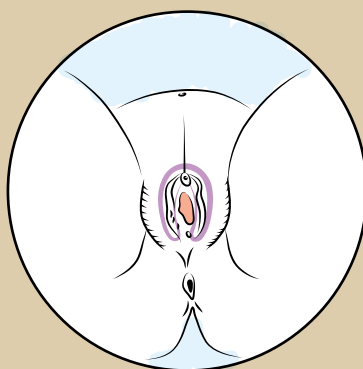
РИТУАЛЬНОЕ ЖЕНСКОЕ ОБРЕЗАНИЕ: 142 МЛН ЖЕНЩИН В МИРЕ ИЛИ КАЖДАЯ 50-Я ЖИТЕЛЬНИЦА ЗЕМЛИ

ГУБИТЕЛЬНАЯ ТРАДИЦИЯ: 10% ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

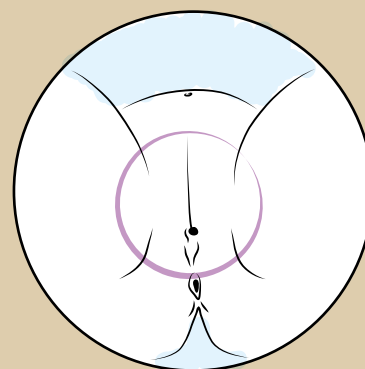
АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РИТУАЛЬНОГО ЖЕНСКОГО ОБРЕЗАНИЯ



1. Частичное или полное удаление клитора или, в очень редких случаях, только кожной складки вокруг него

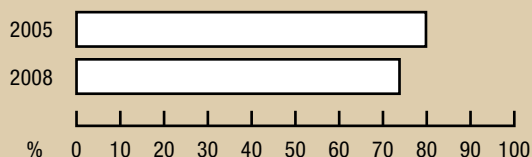


2. Частичное или полное удаление клитора и малых половых губ с эксцизией или без эксцизии больших половых губ

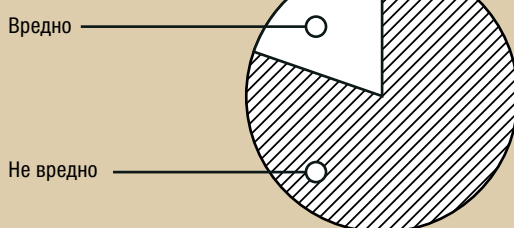


3. Сужение входа во влагалище путём создания плотного кольца в результате обрезания и репозиции больших и малых половых губ с удалением клитора

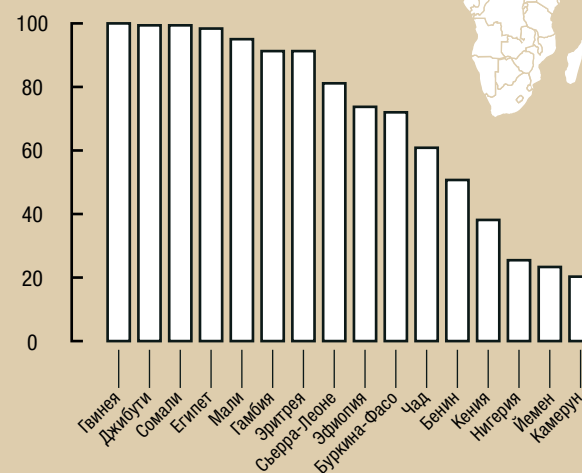
ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛА ЖЕНЩИН, СЧИТАЮЩИХ ОБРЕЗАНИЕ НЕ ВРЕДНЫМ (СУДАН)



МНЕНИЕ АКУШЕРОВ (СУДАН)



РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЖЕНСКОГО ОБРЕЗАНИЯ В СТРАНАХ АФРИКИ



Литература и источники:

«Гестоз и преэклампсия»

Савельева Г.М.,
Краснопольский В.И., Стрижаков
А.Н., Радзинский В.Е., Курцер
М.А., Шалина Р.И.

1. Айламазян Э.К., Репина М.А. // Журнал акушерства и женских болезней. 2012. №5. С. 3–92.
2. Douglas K.A., Redman C.W. Eclampsia in the United Kingdom // Br. Med. J. 1994. Vol. 309. P. 1395–400.
3. Mattar F., Sibai B.M. Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity // Am. J. Obstet. Gynecol. 2000. Vol. 182. P. 307–312.
4. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др. Материнская смертность и пути ее снижения // Акушерство и гинекология. 2010. №6. С. 7–9.
5. Sibai B.M. Diagnosis, prevention and management of eclampsia // Obstet. And Gynecol. 2005. Vol. 105. P. 402–410.
6. Национальное руководство по акушерству. ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1198 с.
7. Конавалова О.В. Тяжелые формы гестоза: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012.
8. Шалина Р.И. Гестоз. Современное состояние вопроса // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 27–33.
9. Haram K., Svendsen E., Abildgaard U. The Help Syndrome; clinical issues and management // ABMC Pregnancy Childbirth. 2009. Vol. 9. P. 8.

«Преждевременные роды: двужилый контрартерий» Руднева О.Д.

1. World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. [Accessed June 6, 2012]. World Health Organization Web site. — URL: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born-too-soon-report.pdf.
2. Kramer M.S. et al. Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012. Vol. 206. №2. P. 108–112.
3. Goldenberg R.L. et al. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012. Vol. 206. №2. P. 113–118.
4. Villar J. et al. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012. Vol. 206. №2. P. 119–123.
5. Norwitz E.R., Caughey A.B. Progesterone Supplementation and the Prevention of Preterm Birth // Rev. Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 4. №2. P. 60–72.
6. Fonseca E.B. et al. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix // N. Engl. J. Med. 2007. Vol. 357. №5. P. 462–469.
7. Hassan S.S. et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 38. №1. P. 18–31.
8. Berghella V. Grand Rounds: The short and funneled cervix: What do I now? // Contemporary Obs/Gyn. 2004. №49. P. 26–34.
9. Fernandes M.S. et al. Regulated expression of putative membrane progesterin receptor homologues in human endometrium and gestational tissues // J. Endocrinol. 2005. Vol. 187. №1. P. 89–101.
10. Karteris E. et al. Progesterone signaling in human myometrium through two novel membrane G protein-coupled receptors: potential role in functional progesterone withdrawal at term // Mol. Endocrinol. 2006. Vol. 20. №7. P. 1519–1534.
11. Marx S.G. et al. Effects of progesterone on iNOS, COX-2, and collagen expression in the cervix // J. Histochem. Cytochem. 2006. Vol. 54. №6. P. 623–639.
12. DeFranco E.A. et al. Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix: a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2007. Vol. 30. №5. P. 697–705.
13. Romero R. et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the mid-trimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012. Vol. 206. №2. P. 124.e1–124.e19.
14. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 декабря 2011 г. №15-4/10/2-12700 «о направлении для использования в работе методического письма «Преждевременные роды». 2012.
15. Schuit E. et al. Progestogens to prevent preterm birth in twin pregnancies: an individual participant data meta-analysis of randomized trials // BMC Pregnancy Childbirth. 2012. Vol. 12. P. 13.
16. Os M.A. van et al. Preventing preterm birth with progesterone: costs and effects of screening low risk women with a singleton pregnancy for short cervical length, the Triple P study // BMC Pregnancy Childbirth. 2011. Vol. 11. P. 77.

«Шейка матки в эпицентре контрартерий» Бебнева Т.Н., Роговская С.И., Минкевич К.В.

1. Прилелская В.Н. Профилактика рака шейки матки // Гинекология. 2007. Т. 9. №1. С. 12–18.

2. Профилактика рака шейки матки / под руководством Г.Т. Сухих, В.Н. Прилелской. — М.: МЕДпресс-информ, 2012.
 3. Ангар Б.С., Броцман Г.Л., Шлипер М. Клиническая кольпоскопия: иллюстрированное руководство. М.: Практическая медицина, 2012.
 4. Багш М. Кольпоскопия: атлас-справочник. М.: Практика, 2008.
 5. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
 6. Dalstein V., Briolot J., Birembaut P., Clavel C. The epidemiology of genital human papillomavirus infections // Rev. Prat. 2006. Nov 15. Vol. 56. №17. P. 1877–1881.
 7. Volante R., Giubilo P., Ronco G. Cervical cancer screening in Italy: quality of colposcopy and treatment. 2010 activity // Epidemiol. Prev. 2012. Nov. Vol. 36. №6. Suppl. 1. P. 78–86.
 8. Роговская С.И., Прилелская В.Н. Профилактика папилломавирусной инфекции и рака шейки матки // Гинекология. 2005. Т. 7. №1. С. 22–26.
 9. Harnsels B. ter, Smedts F., Kuipers J., Muijden R. van, Oosterhuis W., Quint W. Relationship between human papillomavirus type 16 in the cervix and intraepithelial neoplasia // Obstet. Gynecol. 1999. Vol. 93. №1. P. 46–50.
 10. Monsonego J., Bosch F.X., Coursaget P., Cox J.T., Franco E., Frazier L., Sankaranarayanan R., Schiller J., Singer A., Wright T.C.Jr., Kinney W., Meijer C.J., Linder J., McGoogan E., Meijer C. Cervical Cancer Control Priorities and new directions // Int. J. Cancer. 2004. Vol. 108. P. 332–333.
 11. Pretorius R.G., Zhang W.H., Belinson J.L., Huang M.N., Wu L.Y., Zhang X., Qiao Y.L. Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical
 12. Hatch K. Colposcopy of vaginal and vulvar human papillomavirus and adjacent sites // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. 1993. Vol. 20. №1. P. 203–215.
 13. IARC WHO Press Release 151 IARC confirms efficacy of cervical cancer screening for women 25–65 in reducing mortality. N.Y., 2004.
 14. Wright T.C.Jr. et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests // Am. J. Obstet. Gynecol. 2007. Vol. 197. №4. P. 346–355.
 15. Intraepithelial neoplasia II or worse // Am. J. Obstet. Gynecol. 2004. Aug. Vol. 191. №2. P. 430–434.
 16. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer // Saslow D. [et al.] // CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2012. Vol. 62. №3. P. 147–172.
- «Тянуть или не тянуть?»
Артыкум Н.В., Марочко Т.Ю.,
Колесникова Н.Б., Сурнина М.Ю.
1. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. 2007.
 2. Prendiville W.J., Elbourne D., McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour // Cochrane Database Syst. Rev. 2000. Issue 3.
 3. Lalonde A., Daviss B.A., Acosta A., Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004–2006 // Int. J. Gynecol. Obstet. 2006. Vol. 94. P. 243–253.
 4. World Health Organization Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Geneva: World Health Organization, 2000. — URL: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/mcpc.pdf.
 5. WHO/MPS Technical Update. 2006
 6. Begley C.M., Gyte G.M., Murphy D.J., Devane D., McDonald S.J., McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour // Cochrane Database Syst. Rev. 2010. Jan. Issue 7.
 7. Begley C.M., Gyte G.M.L., Devane D., Burke C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol // J. Perinat Neonatal Nurs. 2010. Jul. Vol. 24. №3. P. 215–228.
 8. Peña-Martí G.E., Comunián-Carrasco G. Why do obstetricians and midwives still rush to clamp the cord? // BMJ. 2010. Nov 10. Vol. 341. P. s3447
 9. Begley C.M., Gyte G.M.L., Devane D., McGuire W., Weeks A. Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour Delivering the placenta with active, expectant or mixed management in the third stage of labour // Published Online. 2011. November 9.
 10. Cotter A.M., Ness A., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour // Published Online. 2010. February 17.
 11. Begley C.M., Guillard K., Dixon L., Reilly M., Keegan C. Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: The 'MEET' study // Midwifery. 2011 Oct 18.
 12. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour // Cochrane Database Syst. Rev. 2011 Nov 9. Issue 11.
 13. Gülmezoglu A.M., Lumbiganon P., Landoulsi S., Widmer M., Abdel-Aleem H., Festin M., Carroli G., Qureshi Z., Souza J.P., Bergel E., Piaggio G., Goudar S.S., Yeh J., Armbruster D., Singata M., Pelaez-Crisologo C., Althabe F., Sekwanya P., Hofmeyr J., Stanton M.E., Derman R., Elbourne D. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial // Lancet. 2012. Mar 5.
 14. WHO Recommendations for the Prevention and treatment of Postpartum Haemorrhage. Sept 2012.

«Горизонты достоверности» Рябинкина Т.С., Маклецова С.А.

1. Cihat Ü., Gilbert D. Use of lactobacilli and estriol combination in the treatment of disturbed vaginal ecosystem: a review // J. Turkish-German. Gynecol. Assoc. 2011. №12 (4). P. 239–246.
2. Lamont R.F., Sobel J.D., Akins R.A., Hassan S.S., Chaiworapongsa T., Kusanovic J.P. et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques // BJOG. 2011. Vol. 118. P. 533–549.
3. Reid G., Younes J.A., Mei H.C. van der, Gloor G.B., Knight R., Busscher H.J. Microbiota restoration: natural and supplemented recovery of human microbial communities // Nat. Rev. Microbiol. 2011. Vol. 9. P. 27–38.
4. Sturdee D.W., Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy // Climacteric. 2010. Vol. 13. P. 509–522.
5. Балан В.Е. Клиническая картина, диагностика и лечение вагинальной атрофии в климактерии // Гинекология. 2009. Т. 11. №2. С. 26–29.
6. Fredricks D.N. Molecular methods to describe the spectrum and dynamics of the vaginal microbiota // Anaerobe. 2011. Vol. 17. P. 191–195.
7. Fredricks D.N., Fiedler T.L., Marrazzo J.M. Molecular identification of bacteria associated with bacterial vaginosis // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. P. 1899–1911.
8. Witkin S.S., Linhares I.M., Giraldo P. Bacterial flora of the female genital tract: function and immune regulation // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 21. P. 347–354.
9. Servin A.L. Antagonistic activities of lactobacilli and bifidobacteria against microbial pathogens // FEMS Microbiol. Rev. 2004. Vol. 8. №4. P. 405–440.
10. Boris S., Barbes C. Role played by lactobacilli in controlling the population of vaginal pathogens // Microbes Infect. 2000. Vol. 2. P. 543–546.
11. Özkınay E., Terrek M.C., Yayci M., Kaiser R., Grob P., Tuncay G. The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestriol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections // BJOG. 2005. Vol. 112. P. 334–40.
12. Witkin S.S., Linhares I.M., Giraldo P., Ledger W.J. An altered immunity hypothesis for the development of symptomatic bacterial vaginosis // Clin. Infect. Dis. 2007. Vol. 44. P. 554–557.
13. Al-Baghdadi O., Ewies A.A. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview // Climacteric. 2009. Vol. 12. P. 91–105.
14. Simon J.A. Vulvovaginal atrophy: new and upcoming approaches // Menopause. 2009. Vol. 16. P. 5–7.
15. Reid G., Bruce A.W. Selection of lactobacillus strains for urogenital probiotic applications // J. Infect. Dis. 2001. Vol. 183. P. 77–80.
16. Sobel J.D. Bacterial vaginosis // Annu. Rev. Med. 2000. Vol. 51. P. 349–356.
17. Kaiser R.R., Michael-Hepp J., Weber W., Graf F., Lauritzen C. Absorption of estriol from vaginal tablets after single and repeated application in healthy, postmenopausal women // Therapiewoche. 2000.
18. Horvath B., Hadarits F., Szabo L., Serenyi P., Godo G. Probiotic treatment of vaginal infections. A prospective study of the treatment of 144 patient with Gynoflor vaginal tablets // J. of Hungarian Association for Obstetrics and Gynecology [Magyar Nőorv. Labj] 2004. Vol. 67. P. 85–91.
19. Melczzer Z., Langmar Z., Paulin F. Experience with local eczotherapy in the treatment of bacterial vaginosis in pregnant and non-pregnant women // J. of Hungarian Association for Obstetrics and Gynecology [Magyar Nőorv. Labj]. 2002. Vol. 65. P. 319–323.
20. Grishchenko O.V., Dudko V.L., Laksho L.V., Storchak A.V. Gynoflor application in preoperative preparation complex for women suffering from colpoptosis // Women Reproductive Health (WHR). 2007. Vol. 2.
21. Tatarchuk T.F., Zacharenko N.F., Kosey N.V., Suhorebraya E.I. Function of vaginal ecosystem in postoperative complications prophylaxis // Women Reproductive Health. 2006. №4.
22. Abad C.L., Safdar N. The role of lactobacillus probiotics in the treatment or prevention of urogenital infections — a systematic review // J. Chemother. 2009. Vol. 21. P. 243–252.
23. Larsson P.G., Stray-Pedersen B., Rytting K.R., 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 Womens Health. 2008. Vol. 8. P. 3.
24. Larsson P.G., Brandsborg E., Forsum U., Pendharker S., Andersen K.K., Nasic S. et al. Extended antimicrobial treatment of bacterial vaginosis combined with human lactobacilli to find the best treatment and minimize the risk of relapses // BMC Infect. Dis. 2011. Vol. 11. P. 223.
25. McMillan A., Dela M., Michelle P. Zellar et al. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli // Colloids and Surfaces B: Biointerfaces 86. 2011. P. 58–64.
26. Jaisamrann U., Tiratnachat S., Chaikittisilpa S., Grob P., Prasasakus V., Taechakraichana N. Ultra-low-dose estriol and lactobacilli in the local treatment of postmenopausal vaginal atrophy: a double-blind randomized trial followed by open-label maintenance therapy // Climacteric. 2013. Jan 24.
27. Parent D., Bossens M., Bayot D., Kirkpatrick C., Graf F., Wilkinson F.E. et al. Therapy of bacterial vaginosis using exogenously-applied Lactobacilli acidophilus and a low dose of estriol // Arzneimittelforschung. 1996. Vol. 46. P. 68–73.

28. Unzeitig V., Al Awad H. New options of stabilization of disturbed vaginal environment balance // Prakticka Gynekologia 2006. Vol. 10. P. 170–173.
 29. Kanne B., Jenny J. Local administration of low-dose estriol and vital Lactobacillus acidophilus in postmenopausal // Gynäk. Rundsch. 1991. Vol. 31. P. 7–13.
 30. Hengst P., Uhlig B., Bollmann R., Kokott T. Uses of vaginal pH measurement for prevention of premature labor. Results of a prospective study // Z Geburtshilfe Perinatol. 1992. Vol. 196. P. 238–241.
 31. Hoyme U.B., Grosch A., Roemer V.M., Saling E. Erste Resultate der Erfurter Frühgeburten-Vermeidungs-Aktion // Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie. 1998. Vol. 6. P. 247–250.
 32. Hoyme U.B., Saling E. Efficient prematurity prevention is possible by pH-self measurement and immediate therapy of threatening ascending infection // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2004. Vol. 115. P. 148–153.
- «Лечите это немедленно!»
Манухин И.Б.
1. Comparative study between the pH test and of the KOH versus Nugent score for diagnosis of bacterial vaginosis in pregnant women // Campos AA [et al.] // Rev. Bras. Gynecol. Obstet. 2012. May. Vol. 34. №5. P. 209–214.
 2. Prevalence of bacterial vaginosis in pregnant women and predictive value of clinical diagnosis // Dadwal V. [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. 2010. Jan. Vol. 281. №1.
 3. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis // H. Leitch [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. 2003. Vol. 189. №1. P. 139–147.
 4. Грищенко О.В., Яковлева Т.А., Стопач А.В. Выбор антибактериальной терапии при материнско-плодовой инфекции // Перинатальное здоровье женщины. 2005. №2 (22). С. 72–74.
 5. Soong D., Einarson A. Vaginal yeast infections during pregnancy // Can. Fam. Physician. 2009. Vol. 55. P. 255–256.
 6. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева Н.В., Мельник Т.Н., Ливоненко Л.Н., Поднякова Т.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин. Рос. вестн. акуш.-гин. 2004. №4 (5). С. 26–29.
 7. Donders G.G. Management of genital infections in pregnant women // Curr. Opin. Infect. Dis. 2006. Vol. 19. P. 55–61.
 8. Патология влагалища и шейки матки // под ред. Краснопольского В.И. М.: Медицина, 1997.
 9. Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy // G.G. Donders [et al.] // BJOG. 2009. Vol. 116. №10. P. 1315–1324.
 10. Donders G.G.G. Definition and classification of abnormal vaginal flora // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 21. №3. P. 355–373.
 11. Evaluation of clinical methods for diagnosing bacterial vaginosis // Gutman R.E. [et al.] // Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 105. №3. P. 551–556.
 12. 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. Vol. 6. №5. P. 373–377.
 13. Della Casa V., Noll H., Gonser S., Grob P., Graf F., Pohling G. Antimicrobial activity of dequalinium chloride against leading germs of vaginal infection // Arzneimittel forschung. Drug. Res. 2002. Vol. 52. P. 699–705.
 14. Peterson E.E. Fluomizin vaginal tablets 10 mg dequalinium chloride // Medinova Ltd. 2006. Vol. 94.
 15. Справочник Видаль — 2011: Лекарственные препараты в России / под ред. Е.А. Толмачёвой. М.: АстраФармСервис, 2010. С. 1728.
 16. Adherent biofilms in bacterial vaginosis // A. Swidsinski [et al.] // Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 106. №5 Pt. 1. P. 1013–1023.
 17. Presence of a polymicrobial endometrial biofilm in patients with bacterial vaginosis // A. Swidsinski [et al.] // PLoS ONE. 2013. Vol. 8. №1. P. e53997.
 18. Petersen E.E., Weissenbacher E.R., Hengst P., Spitzbart H., Weise W., Wolff F., Dreher E., Ernst U., Della Casa V., Pohlig G., Graf F., Kaiser R.R. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study // Arzneimittel forschung. 2002. Vol. 52. P. 706–715.
 19. Lopes dos Santos Santiago et al.: Susceptibility testing of Atopobium vaginae for dequalinium chloride // BMC Research Notes. 2012. Vol. 5. P. 151.
 20. Weissenbacher E.R., Donders G., Unzeitig V. et al. 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. Vol. 73. №1. P. 8–15.
 21. Рахматулина М.Р., Плахова К.И. Новая микробиология бактериального вагиноза // StatusPraesens. 2012. №2 [8]. С. 38–40.
 22. Menard J.-P., Bretelle F. How can the treatment of bacterial vaginosis be improved to reduce the risk of preterm delivery? // Women's Health. 2012. Vol. 8. №5. P. 491–493.

«Доказано в России» Радзинский В.Е., Ордиянц И.М.

1. <http://medicine.medscape.com/article/257141-overview#a0156>.
2. Руднева О.Д. Почему нельзя без влагалищной pH-метрии? Коллегиальное обсуждение проблемы // StatusPraesens. 2012. №5 (11). С. 30–37.

3. Радзинский В.Е., Ординяк И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2012. 16 с.

4. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с.

5. Радзинский В.Е., Ординяк И.М., Четвергакова З.С., Мисуско О.А. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций // Акушерство и гинекология. 2011. №5. С. 90–93.

«Менструальный цикл: парадоксы XXI века» Шаргородская А.В.

1. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кандрушина М.П. Многолетние тенденции в распространенности вируса простого герпеса в популяции Сибири // Вестник дерматологии и венерологии. 2010. №5. С. 96–101.

2. Абрамова Т.В., Мерцалова И.Б. Новые возможности терапии генитального герпеса // Terra Medica. 2012. №1. С. 26–33.

3. Семёнова Т.Б., Губанова Е.И., Яцуха М.В., Рыбакова Е.Ю. Эпидемиологические аспекты генитального герпеса. Анализ заболеваемости генитальным герпесом в Российской Федерации и в Москве за период с 1994 по 1998 г. // ИМПП. 2000. №6. С. 26–30.

4. Иванова М.А. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации: 2002–2004 гг. // Клин. дерматол. венерол. 2005. №4. С. 9–12.

5. Lowy D.R., Solomon D., Hildesheim A., Schiffman M. Human papillomavirus infection and the primary and secondary prevention of cervical cancer // Cancer. 2008. Oct. Vol. 113. Suppl 7. P. 1980–1993.

6. Батыршина С.В. Папилломавирусная и герпетическая инфекции: клинико-патогенетические особенности, реабилитационные технологии // Тезисы науч. работ II Всерос. конгресса дерматовенерологов (27–30 октября, 2009). Казань, 2009. С. 73.

7. Zhao Y., Cao X., Zheng Y., Tang J., Cai W., Wang H., Gao Y., Wang Y. Relationship between cervical disease and infection with human papillomavirus types 16 and 18, and herpes simplex virus 1 and 2 // J. Med. Virol. 2012. Dec. Vol. 84. №12. P. 1920–1927.

8. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: руководство для врача. М.: ИИД «Филин», 1997. 536 с.

9. Дубинский В.В. Урогенитальная папилломавирусная инфекция (обзор литературы) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. №5. С. 50–55.

10. Burd E.M. Human papillomavirus and cervical cancer // Clin. Micro. Rev. 2003. Jan. Vol. 16. №1. P. 1–17.

11. Gilson R.J.S., Mindel A. Sexually transmitted infections // BMJ. 2001. May. Vol. 322. P. 1160–1164.

12. Moscicki A.B., Hills N., Shiboski S. et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females // JAMA. 2001. Vol. 285. P. 2995–3002.

13. Yoshicava H., Nagata C., Noda C. et al. Human papillomavirus infection and other risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in Japan // Br. J. Cancer. 1999. Vol. 80. P. 621–624.

14. Sharma R.K., Srivastava A.K., Youcu E.S. et al. SA-4-1BB as the immunoadjuvant component of a HPV-16 E7 protein based vaccine shows robust therapeutic efficacy in a mouse cervical cancer model // Vaccine. 2010. Vol. 28. №36. P. 5794–5802.

15. Radaelli A., Pozzi E., Pacchioni S., Zanotto C., Morghen Cde G. Foxp3 virus recombinants expressing HPV-16 E6 and E7 oncogenes for the therapy of cervical carcinoma elicit humoral and cell-mediated responses in rabbits // J. Transl. Med. 2010. Vol. 8. P. 40.

16. Seo S.H., Jin H.T., Park S.H., Yoon J.J., Sung Y.C. Optimal induction of HPV DNA vaccine-induced CD8+ T cell responses and therapeutic antitumor effect by antigen engineering and electroporation // Vaccine. 2009. Vol. 27. №42. P. 5906–5912.

17. Burrell S., Bonnafofus P., Hubacek P., Agut H., Boultoulet D. Impact of novel mutations of herpes simplex virus 2 thymidine kinases on acyclovir phosphorylation activity // Antiviral Res. 2012. Dec. Vol. 96. №3. P. 386–390.

18. Long D.R., Mead J., Hendricks J.M., Hardy M.E., Voyich J.M. 18β-Glycyrhethinic acid inhibits methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* survival and attenuates virulence gene expression // Antimicrob. Agents Chemother. 2013. Jan. Vol. 57. №1. P. 241–247.

19. Fiore C., Eisenhut M., Krausse R. et al. Antiviral effects of Glycyrrhiza species // Phytother. Res. 2008. Vol. 22. №2. P. 141–148.

20. Baltina L.A. Chemical modification of glycyrrhizinic acid as a route to new bioactive compounds for medicine // Curr. Med. Chem. 2003. Vol. 10. №2. P. 155–171.

21. Gupta V.K., Fatima A., Faridi U., et al. Antimicrobial potential of Glycyrrhiza glabra roots // J. Ethnopharmacol. 2008. Vol. 116. №2. P. 377–380.

22. Gao X., Wang W., Wei S., Li W. Review of pharmacological effects of Glycyrrhiza radix and its bioactive compounds // Medicine. 2009. Vol. 34. №21. P. 2695–2700.

23. Булгакова В.П. Оценка эффективности применения Эпигена в комплексной предоперационной подготовке женщин, больных рецидивирующим генитальным герпесом // Российский вестник акушера-гинеколога. 2010. №3. С. 42–51.

24. Аверьянова М.Г. Комплексное лечение острых инфекционных кондилом // Акушерство и гинекология. 2010. №6. С. 139–141.

«Вирусные войны: стратегический потенциал» Андреева Е.Н.

1. Harlow S.D., Campbell O.M.R. Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: A systematic review // BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2004. Vol. 111. №1. P. 6–16.

2. Hallberg L., Högdahl A.M., Nilsson L., Rybo G. Menstrual blood loss—a population study. Variation at different ages and attempts to define normality // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1966. Vol. 45. №3. P. 320–351.

3. Тихомиров А.Л. 35 лет еженежеских кровопотерь и спазмов у женщин — триггер патологии // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. №1. С. 1–3.

4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Heavy menstrual bleeding // Clinical Guideline. 2007. January. — URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>.

5. Byles J.E., Hanrahan P.F., Schofield M.J. 'It would be good to know you're not alone': The health care needs of women with menstrual symptoms // Family Practice. 1997. Vol. 14. №3. P. 249–254.

6. Chapple A. Menorrhagia: women's perceptions of this condition and its treatment // J. of Advanced Nursing. 1999. Vol. 29. №6. P. 1500–1506.

7. Marshall J. An exploration of women's concerns about heavy menstrual blood loss and their expectations regarding treatment // J. of Reproductive and Infant Psychology. 1998. Vol. 16. №4. P. 259–276.

8. Cotel I., Jacobs P., Cumming D. Work loss associated with increased menstrual loss in the United States // Obstetrics and Gynecology. 2002. Vol. 100. №4. P. 683–687.

9. Matteson K.A., Anderson B.L., Pinto S.B. et al. Practice patterns and attitudes about treating abnormal uterine bleeding: a national survey of obstetricians and gynecologists // Am. J. Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 205 (321). P. e1–8.

10. Beaumont H.H., Augood C., Duckitt K., Lethaby A. Danazol for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007. Issue 3.

11. Stewart A., Cummins C., Gold L. et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review // BJOG. 2001. Vol. 108. P. 74.

12. Kingman C.E., Kadir R.A., Lee C.A., Economides D.L. The use of levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders // BJOG. 2004. Vol. 111. P. 1425.

13. Schaedel Z.E., Dolan G., Powell M.C. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders // Am. J. Obstet. Gynecol. 2005 / Vol. 193. P. 1361–1363.

14. Monteiro I., Bahamondes L., Diaz J. et al. Therapeutic use of levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with menorrhagia: a pilot study (1) // Contraception. 2002. Vol. 65. P. 325–328.

15. Endrikat J., Vilos G., Muysers C., Fortier M., Solomayer E., Lukkari-Lax E. The levonorgestrel-releasing intrauterine system provides a reliable, long-term treatment option for women with idiopathic menorrhagia // Arch Gynecol. Obstet. 2012. Jan. Vol. 285. №1. P. 117–121.

16. Kaunitz A.M., Inki P. The levonorgestrel-releasing intrauterine system in heavy menstrual bleeding: a benefit-risk review // Drugs. 2012. Jan. Vol. 22. №7(2). P. 193–215.

17. Lethaby A., Cooke I., Rees M.C. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005. Issue 4.

18. Middleton L.J., Champagner R., Daniels J.P., Bhattacharya S., Cooper K.G., Hilken N.H., O'Donovan P., Gannon M., Gray R., Khan K.S.; International Heavy Menstrual Bleeding Individual Patient Data Meta-analysis Collaborative Group, Abbott J., Barrington J., Bhattacharya S., Bongers M.Y., Brun J.L., Busfield R., Sowter M., Clark T.J., Cooper J., Cooper K.G., Corson S.L., Dickens K., Dwyer N., Gannon M., Hawe J., Hurskainen R., Meyer W.R., O'Connor H., Pinion S., Sambrook A.M., Tam W.H., Zon-Rabellink I.A. van, Zupi E. Hysterectomy, endometrial destruction, and levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) for heavy menstrual bleeding: systematic review and meta-analysis of data from individual patients // BMJ. 2010. Aug 16. Vol. 341. P. c3929.

19. Lethaby A., Irvine G.A., Cameron I.T. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008. Issue 1.

20. Hickey M., Higham J., Fraser I.S. Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation // Cochrane Database Syst Rev. 2007. Oct. 17. Issue 4.

21. Chen I., Motan T., Kiddoo D. Gonadotropin-releasing hormone agonist in laparoscopic myomectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J. Minim Invasive Gynecol. 2011. May-Jun. Vol. 18. №3. P. 303–309.

22. Takeuchi H., Kobori H., Kikuchi I. et al. A prospective randomized study comparing endocrinological and clinical effects of two types of GnRH agonists in cases of uterine leiomyomas or endometriosis. Journal of Obstetrics and Gynaecology // Research. 2000. Vol. 26. №5. P. 325–331.

23. Palomba S., Orio F.Jr., Morelli M. et al. Raloxifene administration in women treated with gonadotropin-releasing hormone agonist for uterine leiomyomas: effects on bone metabolism // J. of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2002. Vol. 87. №10. P. 4476–4481.

24. Palomba S., Orio F.Jr., Russo T. et al. Gonadotropin-releasing hormone agonist with or without raloxifene: effects on cognition, mood, and quality of life // Fertility and Sterility. 2004. Vol. 82. №2. P. 480–482.

25. Farquhar C., Brown J. Oral contraceptive pill for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. Issue 4.

26. Fraser I.S., Parke S., Mellinger U., Machlitt A., Serrani M., Jensen J. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled trials of oestradiol valerate and dienogest // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2011. Aug. Vol. 16. №4. P. 258–269.

27. Jensen J.T., Parke S., Mellinger U., Machlitt A., Fraser I.S. Effective treatment of heavy menstrual bleeding with estradiol valerate and dienogest: a randomized controlled trial // Obstet. Gynecol. 2011. Apr. Vol. 117. №4. P. 777–787.

28. Wasiaik A.R., Filonenko J.T., Jensen A.W., Law M., Jeddi D.E. Still Impact of estradiol valerate/dienogest (E2V/DNG) on work productivity (WP) and activities of daily living (ADL) impairment in North American women with heavy and/or prolonged menstrual bleeding (HPMB) // Fertility and Sterility. 2010. Vol. 94. Issue 4. Suppl. P. S214–S215.

29. Baird D.T., Cameron S.T., Critchley H.O., Drury T.A., Howe A., Jones R.L., Lea R.G., Kelly R.W. Prostaglandins and menstruation // Eur. J. of Obstetric Gynecology and Reproductive Biology. 1996. Vol. 70. P. 15–17.

30. Goodfellow C.F., Paton R.C., Salmon J.A., Moncada S., Clayton J.K., Davies J.A., McNicol G.P. 6-oxo-prostaglandin F1 alpha and thromboxane B2 in uterine vein blood—a possible role in menstrual bleeding // Thromb. Haemost. 1982. Aug. 24. Vol. 48. №1. P. 9–12.

31. Lethaby A., Augood C., Duckitt K., Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007. Issue 4.

32. Edlund M. Nonhormonal treatments for heavy menstrual bleeding // J. Womens Health (Larchmt). 2011. Nov. Vol. 20. №11. P. 1645–1653.

33. Philipp C.S. Antifibrinolytics in women with menorrhagia // J. Thromb. Res. 2011. Feb. Vol. 127. Suppl. 3. P. S113–115.

34. Naoulou B., Tsai M.C. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012. May. Vol. 91. №5. P. 529–537.

35. Wellington K., Wagstaff A.J. Tranexamic acid: a review of its use in the management of menorrhagia // Drugs. 2003. Vol. 63. №13. P. 1417–1433.

36. Leminen H., Hurskainen R. Tranexamic acid for the treatment of heavy menstrual bleeding: efficacy and safety // Int. J. Womens Health. 2012. Vol. 4. P. 413–421.

37. Lethaby A., Farquhar C., Cooke I. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000. Issue 4

38. Marjoribanks J., Lethaby A., Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding // Cochrane Database Syst. Rev. 2006. Apr 19. Issue 2.

39. Middleton L.J., Champagner R., Daniels J.P., Bhattacharya S., Cooper K.G., Hilken N.H., O'Donovan P., Gannon M., Gray R., Khan K.S.; International Heavy Menstrual Bleeding Individual Patient Data Meta-analysis Collaborative Group, Abbott J., Barrington J., Bhattacharya S., Bongers M.Y., Brun J.L., Busfield R., Sowter M., Clark T.J., Cooper J., Cooper K.G., Corson S.L., Dickens K., Dwyer N., Gannon M., Hawe J., Hurskainen R., Meyer W.R., O'Connor H., Pinion S., Sambrook A.M., Tam W.H., Zon-Rabellink I.A. van, Zupi E. Hysterectomy, endometrial destruction, and levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) for heavy menstrual bleeding: systematic review and meta-analysis of data from individual patients // BMJ. 2010. Aug 16. Vol. 341. P. c3929.

40. Андреева Е.Н. Фармакоэкономическая оценка использования различных методов лечения меноррагий // Проблемы репродукции. 2011. №4. С. 37–44.

«Упростить проблему выбора» Пекарев О.Г., Поздняков И.М., Пекарева Е.О.

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2011. 688 с.

2. <http://gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatstate/main/population/healthcare/#>.

3. Серов В.Н., Стрижков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1989. 512 с.

4. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др. Некоторые актуальные вопросы акушерства // Акушерство и гинекология. 2006. №3. С. 3–6.

5. Nyirjesy I., Hawks B.L., Falls H.C., Munsat T.L., Pierce W.E. A comparative clinical study of the vacuum extractor and forceps. I. Preliminary observations // J. Obstet. Gynecol. 1963. Apr 15. Vol. 85. P. 1071–1082.

6. Munsat T.L., Neerhout R., Nyirjesy I. A comparative clinical study of the vacuum extractor and forceps. II. Evaluation of the newborn // J. Obstet. Gynecol. 1963 Apr 15. Vol. 85. P. 1083–1090.

7. Langeron A., Mercier G., Chaleur C., Varlet M.N., Patual H., Lima S., Seffert P., Chêne G. Failed forceps extraction: risk factors and maternal and neonatal morbidity // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2012. Jun. Vol. 41. №4. P. 333–338.

8. Werkoff G., Morel O., Desfeux P., Gayat E., Akerman G., Tupin L., Malartic C., Barranger E. Kiwi vacuum extractor versus forceps and spatula: maternal and fetal morbidity evaluation in 169 fetal extractions // Gynecol. Obstet. Fertil. 2010. Nov. Vol. 38. №11. P. 653–659.

«Акушерство: бесприоритетные решения» Фаткуллин И.Ф., Ахмадеев Н.Р.

1. Christopher D., Robinson B., Peaceman A. An evidence-based approach to determining route of delivery for twin gestations // Rev. Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 4. №3–4. P. 109–116.

2. Chowdhury S., Hussain M.A. Maternal complications in twin pregnancies // Mymensingh. Med. J. 2011. Vol. 20. P. 83–87.

3. Manso P., Vaz A., Taborda A., Silva I.S. Chorionicity and perinatal complications in twin pregnancy: a 10 years case series // Acta Med. Port. 2011. Vol. 24. №5. P. 695–698.

4. Zuppa A.A., Alighieri G. et al. Toward a bioethical issue: induced multiple pregnancies and neonatal outcomes // Ital. J. Pediatr. Vol. 11. P. 36–74.

5. Почему далеко не все российские врачи назначают гормональную контрацепцию? По материалам IV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» // StatusPraesens. 2012. №1 [7]. С. 66–71.

6. Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J. et al., eds. Multifetal pregnancy // Williams obstetrics, 21st edn. N.Y.: McGraw-Hill, 2001. P. 765–810.

7. Жарова А.А., Новикова С.В. и др. Состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы при многоплодной беременности // Журн. акуш. и женских болезней. Спецвыпуск. 2011. Т. LX. С. 38–39.

8. Рыбалка А.Н., Заболотнов В.А., Новицкая А.Ф. и др. Особенности течения беременности, родов, развитие плодов и состояние новорожденных в зависимости от типа хориальности при многоплодии // Таврический мед.-биол. вестн. 2010. №. 51. С. 161–163.

9. Kurinczuk J.J., White-Koning M., Badawi N. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischaemic encephalopathy // Early Hum Dev. 2010. Vol. 86. №6. P. 329–338.

10. Фаткуллин Ф.И. Кесарево сечение при недоношенной беременности // StatusPraesens. 2012. №1 [7]. С. 27–31.

11. Фаткуллин Ф.И. Выбор метода оперативного родоразрешения при преждевременных родах // Казанский мед. ж. 2008. №5. С. 610–613.

12. Hoffmann E., Oldenburg A., Rode L. et al. Twin births: cesarean section or vaginal delivery // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012.

13. Hillmann H.G. Surgical technic of cesarean section. A preparatory cesarean section method primarily for saving the amnion // Geburtshilfe Frauenheilkd. 1988. Vol. 48. №1. P. 20–28.

14. Pesaresi M., Hermosid S., Leguizamón M., Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

15. Abouzeid H., Thornton J.G. Pre-term delivery by Caesarean section 'en caul': a case series // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1999. Vol. 84. №1. P. 51–53.

16. Lin C.H., Lin S.Y. et al. Extremely preterm cesarean delivery 'en caul' // Taiwan J. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 49. №3. P. 254–259.

17. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

18. Abouzeid H., Thornton J.G. Pre-term delivery by Caesarean section 'en caul': a case series // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1999. Vol. 84. №1. P. 51–53.

19. Lin C.H., Lin S.Y. et al. Extremely preterm cesarean delivery 'en caul' // Taiwan J. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 49. №3. P. 254–259.

20. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

21. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

22. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

23. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

24. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

25. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

26. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

27. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

28. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

29. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

30. Baccifava G., Militano C., Nardin J., Rodriguez M., Terrones C. Hemostatic Cesarean Section: A New Surgical technique in HIV+ Pregnant Women // Int. Conf. AIDS. 2000. Jul 9–14. Vol. 13.

НЕОБХОДИМОСТЬ ДВУХЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

МНОГОЦЕНТРОВОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ **БИОС** (БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ОЦЕНКА СХЕМ, 2010)*



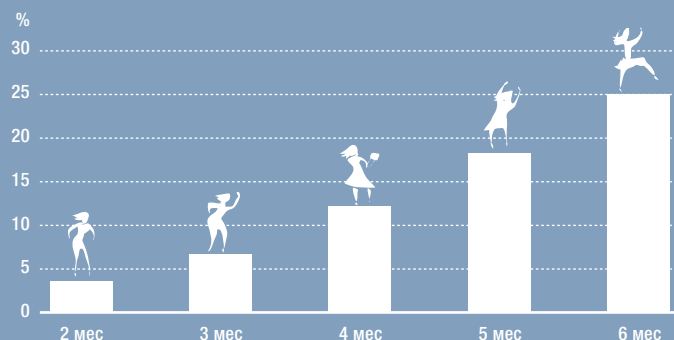
ГЕОГРАФИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ



* К статье «Доказано в России. Сравнительная оценка различных схем лечения больных с бактериальным вагинозом и неспецифическим вульвовагинитом», Радзинский В.Е., Ордынец И.М. — с. 52.

РЕЦИДИВЫ: РЕАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ

КОЛИЧЕСТВО РЕЦИДИВОВ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА
В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОДНОЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ

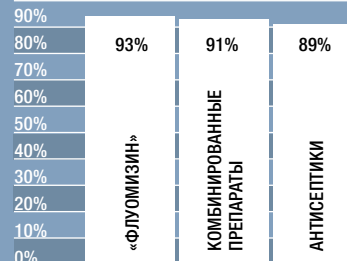


ОБЩАЯ СХЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ



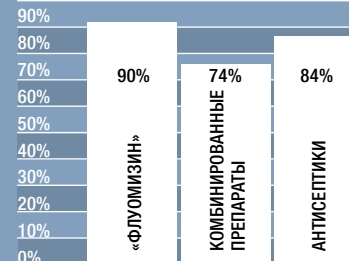
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

% ПАЦИЕНТОК С ОТСУТСТВИЕМ
КЛЮЧЕВЫХ КЛЕТОК В МАЗКЕ



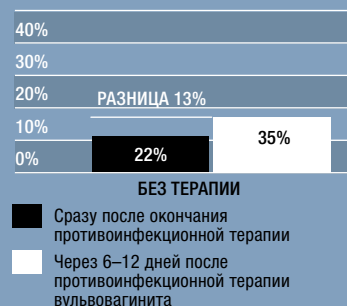
Число пациенток с отсутствием ключевых клеток в мазке после первого этапа терапии бактериального вагиноза

% ПАЦИЕНТОК С КОЛИЧЕСТВОМ
ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ 20 (В МАЗКЕ)



Число пациенток с количеством лейкоцитов менее 20 в поле зрения (в мазке) после первого этапа терапии неспецифического вульвовагинита

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПУЛА ЛАКТОБАКТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК
ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ТЕРАПИИ



ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПУЛА ЛАКТОБАКТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК
ПОСЛЕ ВТОРОГО ЭТАПА ТЕРАПИИ

