

успеть за четверть часа

Типичные портреты пациенток гинеколога

По материалам выступлений: Виктора Евсеевича **Радзинского**, засл. деятеля науки РФ, члена-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Марины Борисовны **Хамошиной**, засл. деятеля науки РФ, докт. мед. наук, проф., проф. той же кафедры, руководителя Комитета МАРС по эндокринной гинекологии; Дмитрия Сергеевича **Зубкова**, канд. мед. наук, юридического директора холдинга «Здоровье», ст. преподавателя кафедры фундаментальной и прикладной медицинской деятельности МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, главного врача ООО «НЭЛ»; Елены Семёновны **Ковригиной**, канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии и школьной медицины ФДПО ИНОПР РНИМУ им. Н.И. Пирогова [Москва]

Автор-обозреватель: канд. мед. наук Сергей Александрович **Дьяконов**, StatusPraesens [Москва]

Акушеры-гинекологи амбулаторного звена — основная «движущая сила» **репродуктивной медицины**. Тем не менее структура заболеваемости **не остаётся неизменной** — спектр «женских проблем» существенно преобразился даже по сравнению с началом XXI века, не говоря уже о более отдалённых периодах. Конечно, стабильно высокая обращаемость по поводу патологических выделений из половых путей женщин преобладает в структуре посещений женских консультаций, но за «завесой белей» изменилась и ситуация с экстрагенитальными заболеваниями, и относительная распространённость гинекологических раков. К тому же возбудители вагинитов и вагинозов также преобразились — в отношении как видового состава, так и параметров **антибиотико- и антимикотикорезистентности**.

Наиболее актуальные задачи, подлежащие решению в рамках **амбулаторного приёма**, были рассмотрены специалистами на XVIII Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 6–9 сентября 2024 года) в формате **секционно-го заседания** «Типичные портреты пациенток гинеколога. Диагностика и выбор лечения за 15 мин».



Виктор Евсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы [Москва]

В своём выступлении засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич **Радзинский** отметил, что за последнюю четверть века ушла в прошлое патерналистская модель взаимодействия врача и больного — современной пациентке нельзя так просто взять и указать, «как надо». Условия общения изменились, что изменило и функционал акушера-гинеколога. Получение информированного согласия и выбор пациенткой метода оздоровления на основании получаемых от врача в доступной форме медицинских данных стали практически неотъемлемым компонентом оказания медицинской помощи в нашей специальности.

Конечно, **15 мин** на общение с пациенткой и выполнение всех релевантных пунктов приказов Минздрава РФ и клинических рекомендаций — **очень мало**. Бороться с этим можно только **разделением обязанностей**, то есть повсеместным внедрением доврачебного приёма аку-

шерки как самостоятельного полноценного элемента оказания медицинской помощи. Необходимо вернуть акушерке её функционал! В этих условиях пациентка окажется у акушера-гинеколога с уже заполненным чек-листом, и 15-минутный лимит станет более адекватным.

Проблема внутри проблемы

При рассмотрении множества сложностей амбулаторного приёма нельзя игнорировать наиболее частую жалобу пациенток — патологические бели. Нередко в этой ситуации акушер-гинеколог сталкивается с заболеванием, уже ставшим «проблемой внутри проблемы», — **кандидозным вульвовагинитом (КВВ)**.

К сожалению, в третьем десятилетии XXI века КВВ бывает **близок к неизлечимости**. Препараты азолового

ряда нередко теряют свою актуальность вследствие роста доли *C. non-albicans* в числе возбудителей КВВ и увеличения частоты резистентности *C. albicans*¹. Именно поэтому в процессе диагностики важно получать данные чувствительности к азольным и неазольным противогрибковым препаратам². Из последних необходимо отметить нистатин — полиеновый антифунгальный препарат, открытый в 1950 году. Став самым первым антибиотиком, одобренным для стандартной терапии вульвовагинитов, нистатин сохранил своё клиническое значение и сегодня. Кандиды почти не способны защитить себя от **контактного механизма действия** полиенов, когда гидрофобный домен в структуре молекулы препарата прочно связывает эргостерол клеточной мембраны гриба и вырывает из неё куски.

Нистатин продемонстрировал эффективность и в отношении устойчивых к азолам грибов у 293 пациенток с рецидивирующим КВВ, вызванным *C. glabrata* и резистентными к азолам представителями рода *Candida* (2015, Китай)³. Для акушеров-гинекологов особенно важно, что локальное назначение нистатина безопасно во время беременности.

Не только грибы «учатся» сопротивляться лекарственным средствам — динамика устойчивости к антибактериальным препаратам растёт из года в год. Не секрет, что протоколы лечения COVID-19 первой волны предусматривали **широкое назначение антибиотиков**, что способствовало селекции устойчивости. Повышение антибиотикорезистентности грамотрицательных бактерий, особенно *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* и *Acinetobacter baumannii*, представляет собой глобальную медицинскую проблему. Клиницисты во всём мире всё чаще сталкиваются с реальностью инфицирования грамотрицательными патогенами со множественной лекарственной устойчивостью ко всем антибиотикам, кроме полимиксинов.

Комбинация «полимиксин В + неомицин + нистатин» имеет **устойчивую перспективу** использования в клинической практике. Это отражают результаты стартовой терапии вагинита в рутинной клинической практике, зафиксированные в российском многоцентровом наблюдательном (неинтервенционном) исследовании МИКСТ, выполненном с июля 2022 года по январь 2023 года.

Рациональный выбор лечения

В своём выступлении засл. деятель науки РФ, проф. Марина Борисовна **Хамошина** сделала акцент на важных для врача **практических моментах** борьбы с вагинальными инфекциями. Преодоление инфекционных заболеваний тысячелетиями служит красной нитью борьбы за здоро-



Марина Борисовна Хамошина, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, руководитель Комитета МАРС по эндокринной гинекологии (Москва)

вье человека. В треугольнике «врач—пациентка—микроорганизм» у каждого участника есть свои интересы...

Первый вопрос — против кого воюем? Заболеваниям, которые ассоциированы с патологическими выделениями из половых путей женщин, а также их ведению присущи **следующие характеристики**:

- высокая распространённость;
- этиологическое значение ассоциаций патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, формирование биоплёнок («биологическая коррупция»);
- атипичное течение инфекционного процесса, склонность к хронизации;
- доказанное негативное влияние на репродуктивную функцию женщин и мужчин;
- «лечение анализов», необоснованное назначение антимикробных препаратов, в том числе при отсутствии показаний в инструкции;
- устаревшие инструкции у многих традиционно применяемых на практике лекарственных средств.

Залог успеха терапии вагинитов и вагинозов — **точный диагност.** Однако в рутинной практике получение результатов лабораторных методов исследования отсрочено. Вместе с тем пациентке с выделениями необходимо назначить эмпирическое лечение. Современные особенности ведения таких женщин включают:

- вынужденно эмпирический характер первой линии терапии;
- преобладание смешанных инфекций;
- устойчивость инфекционных агентов к антимикробным препаратам, антибиотикорезистентность;
- формирование патологических биценозов, склонность к рецидивам;
- вторичную кандидозную реинфекцию;
- безопасность терапии для эмбриона и плода, возможность управлять составом микробиоты в интересах матери и ребёнка.

Алгоритм лечения патологических выделений прежде всего требует исключить инфекции, передаваемые половым путём (ИППП). Они всегда выступают показанием для терапии **пероральными антибактериальными препаратами**. После исключения ИППП остаются неспецифические вагинальные инфекции, для которых предписано в первую

[Преодоление инфекционных заболеваний тысячелетиями служит красной нитью борьбы за здоровье человека. В треугольнике «врач—пациентка—микроорганизм» у каждого участника есть свои интересы...]

очередь **лечение местными препаратами**: аэробный вагинит (АВ), КВВ, бактериальный вагиноз (БВ). Но наиболее часто встречаются их комбинации — смешанные вагинальные инфекции.

Определение pH влагалища — значимый первоначальный тест, позволяющий предположить наиболее вероятный диагноз. В клинической практике важно, что pH-метрию не следует выполнять во время менструации, сразу после полового контакта, применения гигиенических или спермицидных средств. Микроскопия вагинального отделяемого, тесты на ИППП и ПЦР в реальном времени позволяют подтвердить или опровергнуть предварительный диагноз и выбрать лечение.

Основа для идентификации того или иного патологического состояния влагалища — воспаление. Если оно есть, то можно **смело начинать лечение**. Если одновременно выявлено сочетание аэробов и анаэробов, целесообразно **начинать элиминацию с аэробов**, поскольку именно они запускают цитокиновый каскад воспаления и выступают доминантными возбудителями. Анаэробы, наоборот, подавляют воспалительные процессы и часто служат сопутствующими микроорганизмами — находкой при ПЦР. При этом факт обнаружения анаэробов сам по себе не даёт оснований для подтверждения диагноза БВ.

В поисках идеала

Цели лечения вагинита включают элиминацию патогенных и/или условно-патогенных микроорганизмов, создание оптимальной физиологической среды во влагалище и восстановление нормальной или максимально приближенной к норме микробиоты этого локуса. Из этого следует, что **требования к препаратам** для лечения вагинита довольно обширны:

- широкий спектр бактерицидного действия;
- высокая клиническая эффективность;
- наличие соответствующих показаний в инструкции;
- нивелирование риска кандидозной реинфекции;
- минимальное влияние на биоценоз влагалища;
- хорошая переносимость;

- экономическая доступность;
- наличие доказательной базы.

Выбор препарата на амбулаторном приёме подразумевает **наличие в инструкции показаний**, соответствующих диагнозу. При этом надлежит принимать во внимание ожидаемую/доказанную эффективность в отношении предполагаемого/доказанного возбудителя или их ассоциаций. Дополнительно необходимо учитывать минимальное влияние на микробиоту влагалища, возможность применения у детей и беременных, доступность для пациентки, заложенную в курс лечения комплаентность и минимизацию риска рецидивов.

[Цели лечения вагинита включают элиминацию возбудителя, создание оптимальной среды во влагалище, а также восстановление нормальной или максимально приближенной к норме микробиоты этого локуса.]

Одна из частых рекомендаций — **комбинированный препарат для интравагинального введения**, зарегистрированный в Российской Федерации под торговым наименованием «Полижинакс». В состав препарата входят два бактерицидных антибиотика (полимиксин В и неомицин) и антимикотик нистатин. Комбинация активных веществ позволяет препарату разнонаправленно действовать на возбудителей вагинита, оказывая бактерицидное и фунгицидное действие.

В исследовании *in vitro* ассоциированные с вагинитами грамотрицательные и грамположительные аэробные бактерии, а также грибы рода *Candida* продемонстрировали высокую чувствительность к препарату⁴. Комбинации антибиотиков — перспективное направление в клинической медицине, особенно когда они позволяют достичь **эффекта синергии** за счёт двух антибиотиков различных групп. Это обеспечивает **расширение спектра** антибактериальной активности, успех в лечении смешанных инфекций и предупреждение резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

Исследование *in vitro* показало, что полимиксин В и неомицин имеют взаимодополняющие спектры действия,

что приводит к **аддитивному эффекту** в отношении четырёх основных видов бактерий, вызывающих неспецифический вагинит и БВ (*Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Streptococcus agalactiae*, *Gardnerella vaginalis*).

Далее лектор подробно охарактеризовала результаты недавнего мультицентрового наблюдательного **исследования МИКСТ**, которое включало 309 пациентов репродуктивного возраста (средний возраст 33 года). Было задействовано 19 исследовательских центров в 14 российских городах. В исследование включали женщин, обратившихся амбулаторно к акушеру-гинекологу с жалобами на патологические выделения из половых

путей и зуд/жжение/боль/раздражение во влагалище.

Основным **критерием эффективности** была частота клинического успеха лечения, оценённая врачом-исследователем после тщательного опроса женщины и гинекологического осмотра на повторном визите. Лекарственное средство, содержащее комбинацию полимиксина В, неомицина и нистатина, продемонстрировало высокую частоту клинического успеха в терапии различных типов вагинита: АВ — 90%, КВВ — 89%, смешанного вагинита — 92%, что коррелирует с результатами проведённых ранее испытаний.

Общая клиническая эффективность составила 92,9% (у 287 из 309 пациенток) и не зависела от выявленных вариантов микробиоты влагалища. Интравагинальное назначение исследуемого препарата эффективно **купировало симптомы воспаления**, что было подтверждено не только на повторном визите после проведённой терапии, но и через 1 мес при контрольном посещении.

Уменьшение pH на фоне терапии косвенно свидетельствует о **восстановлении лактобиоты**. Резистентность вагинальных лактобацилл к препарату обуславливает отсутствие негативного

воздействия антибиотиков, входящих в состав лекарственного средства, на нормальную микрофлору влагалища. Это имеет большое значение для **преотвращения рецидивов**.

Вагинит-невозвращенец?

Частота рецидивирующих форм вагинальных инфекций в последние годы заметно выросла⁵. Неадекватная терапия без учёта накопившейся резистентности возбудителей приводит к рецидивам (до 50%). За это во многом ответственны **микробные биоплёнки**, способствующие устойчивости к антибиотикам. Ещё один фактор — гипердиагностика БВ и связанное с ней широкое назначение препаратов группы 5-нитроимидазола, неактивных в отношении аэробных

микроорганизмов. Свой вклад вносит и КВВ — многие виды *C. non-albicans* устойчивы к системным и местным азолам. Клиническое значение имеет и реинфекция макроорганизма грибами рода *Candida*, обитающими в более глубоких слоях вагинального эпителия⁶. На этом фоне есть светлое пятно — *C. albicans* и *C. non-albicans* **редко развивают устойчивость** к полиеновому антимикотику нистатину.

Итак, один из важных критериев эффективности лечения вагинита — отсутствие рецидивов. Исследование МИКСТ продемонстрировало **отсутствие рецидивов** через месяц после лечения более чем у **96%** пациенток. Это свидетельство эффективной элиминации возбудителей и стойкого восстановления микрофлоры влагалища.

В целом исследуемый препарат продемонстрировал **благоприятный профиль безопасности** — как в процессе лечения,

сти своих действий, пропуская их через «сито» нормативных актов.

Правильная медицинская помощь основана на шести видах **нормативных документов**:

- порядке оказания медицинской помощи;
- положении о виде медицинской помощи;
- клинических рекомендациях;
- стандарте медицинской помощи;
- критериях качества;
- профессиональном стандарте;
- инструкции по применению лекарственного препарата.

При ведении пациенток с вагинитом необходимо помнить, что спорные моменты начинаются уже на **этапе диагностики**. Когда дело доходит до лечения, важно провести различие между лечащим врачом и консультантом. Д.С. Зубков представил собственную **правовую гипотезу**.

Согласно закону **лечащий врач** — специалист, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения и лечения основного заболевания. В свою очередь последнее — это заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи, поскольку:

- служит наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью;
- может привести к инвалидности;
- может стать причиной смерти.

Врач-консультант даёт советы — он не несёт юридической ответственности за свои рекомендации лечащему врачу.

В акушерско-гинекологической практике трудности в разграничении начинаются при выяснении того, кто оказывает медицинскую помощь пациенткам с вагинитами — акушер-гинеколог или дерматовенеролог. Если первому подведомственны **гинекологические заболевания**, то второму — заболевания кожи, подкожной жировой клетчатки и ИППП⁷. В последнем случае возможен некоторый «перехлест» — и здесь особую важность приобретает верное кодирование по МКБ-10.

В современных условиях огромное значение приобрели **клинические рекомендации**. В соответствии с требованиями законодательства следует при-



Дмитрий Сергеевич Зубков, канд. мед. наук, юридический директор холдинга «Здоровье», ст. преподаватель кафедры фундаментальной и прикладной медицинской деятельности МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, главный врач ООО «НЭЛ» (Москва)

так и на протяжении всего периода наблюдения не было зарегистрировано нежелательных реакций. Более 96% пациенток и врачей-исследователей были «удовлетворены» или «очень удовлетворены» результатами лечения в условиях тщательного соблюдения клинических рекомендаций и инструкции к препарату.

Korga инструкция помогает врачу лечить?

Юридическую консультацию по ключевым моментам, позволяющим акушеру-гинекологу соблюсти требования законодательства, представил канд. мед. наук Дмитрий Сергеевич Зубков. Каждому практикующему специалисту необходимо отдавать отчёт — прежде всего самому себе! — в обоснованно-

своить им номер и опубликовать в сети Интернет в рубрикаторе Минздрава РФ с указанием даты вступления в силу. Тем не менее более чем для половины нозологических форм клинических рекомендаций не разработано, и на помощь врачу приходит... обычай.

Согласно Гражданскому кодексу РФ **обычай** — это правило поведения, сложившееся и широко используемое в какой-либо области деятельности, не предусмотренное законодательством, которое может не быть зафиксировано в каком-либо документе. В частности, утратившие силу клинические рекомендации становятся обычаем. Определённые сложности возникают при рассмотрении **проектов** клинических рекомендаций — каждый из них ещё не утверждён сообществом, но разработан группой профессионалов. В какой мере они служат обычаем — мнения юристов расходятся.

При выборе терапии в рутинной практике **разрешено назначать** препараты только по одобренным в инструкции показаниям⁸. Так, согласно утверждённой инструкции, комбинированный препарат «Полижинакс» предписан для местного лечения следующих **вагинальных инфекций**, вызванных чувствительными микроорганизмами:

- АВ;
- КВВ;
- смешанного вагинита;
- неспецифического вагинита.

Однако не у всех препаратов для лечения вагинальных инфекций в утверждённой инструкции есть показания «АВ», «смешанный вагинит», «неспецифический вагинит». На это необходимо обратить особое внимание, так как производители данных препаратов иногда актуализируют показания к применению, опираясь на новые научные данные и результаты использования препарата.

Выбор терапии при АВ предполагает использование антибиотиков широкого спектра действия с активностью против большинства **бактерий кишечного**

[Частота рецидивирующих форм вульвовагинальных инфекций в последние годы заметно выросла. Неадекватная терапия без учёта накопившейся резистентности возбудителей приводит к рецидивам (до 50%).]

происхождения, с бактерицидным эффектом и со слабым влиянием — или полным **отсутствием** такового — на нормальную вагинальную микрофлору. Входящий в состав препарата антимикотик нистатин действует фунгицидно на *C. albicans* и *C. non-albicans*. В инструкции также отмечена синергия полимиксина В и неомицина, основанная на наличии у них **взаимодополняющих спектров** действия.

Препарат не оставляет за собой «выжженное поле» — исследование *in vitro* для оценки его влияния на основные лактобактерии, присутствующие во влагалищной флоре в физиологических условиях (*L. crispatus*, *L. gasseri* и *L. jensenii*), показало, что действующие вещества препарата в концентрациях, обнаруживаемых во влагалищной среде после введения препарата в рекомендуемой дозе, **не влияют на рост** указанных видов молочнокислых палочек.

Широкий спектр действия подразумевает и широкие профилактические показания. Комбинация «неомицин + нистатин + полимиксин В» рекомендована:

- для предоперационной профилактики инфекционных осложнений при гинекологических вмешательствах;
- до и после диатермокоагуляции шейки матки;
- перед внутриматочными диагностическими процедурами;
- перед родами.

При назначении препаратов учитывают не только раздел «Показания к применению», но и **весь текст инструкции**. Докладчик напомнил критерии качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях — назначение лекарственных препаратов с учётом:

- инструкций по применению;
- возраста и пола пациента;
- тяжести заболевания;
- осложнений основного и сопутствующих заболеваний.

Этот аспект приобретает особое значение при назначении препарата **беременным**. Согласно обновлённой инструкции (ОХЛП*), комбинированное средство (неомицин + нистатин + полимиксин В) не противопоказано во время гестации. В разделе «Беременность» указано: «Применение препарата по назначению врача возможно только в случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода». Таким образом, специалист имеет право назначить это лекарственное средство, если с учётом клинической ситуации его использование целесообразно.

Порядок назначения лекарственных препаратов подчёркивает, что **ведения о назначении**, вносимые в документы, содержат шесть параметров:

- наименование препарата;
- дозировку;
- способ введения, применения;
- режим дозирования;
- продолжительность лечения;
- обоснование назначения.

Лектор также рассмотрел вопросы **лечения анемии** во время беременности. К группе риска железодефицита относят пациенток, у которых ввиду каких-либо факторов **невозможно устранить** причину дефицита Fe и/или они придерживаются ограничительной модели питания (например, соблюдают вегетарианскую или веганскую диету).

В профилактических целях, если пациентка входит в группу риска, **рекомендовано** назначать препараты железа беременной при нормальном уровне гемоглобина. При ЖДА целесообразно назначать лечебные дозы препаратов Fe согласно профильным гайдлайнам.

Главная цель лечения ЖДА — пополнение железа организмом в количестве,

* Общая характеристика лекарственного препарата.

[Цель лечения железодефицитной анемии — получение железа в том количестве, которое необходимо для нормализации концентрации гемоглобина и восполнения тканевых запасов этого микроэлемента.]

необходимом для нормализации уровня гемоглобина и восполнения тканевых запасов этого микроэлемента. При этом использовать биологически активные добавки в лечебных целях не рекомендовано с медицинской точки зрения.

Железодефицитная анемия у беременной

Тему борьбы с дефицитом Fe в акушерской практике продолжила доцент Елена Семёновна Ковригина. Уже по общему анализу крови можно заподозрить латентный **железодефицит**, который сопровождается анизоцитозом, микроцитозом и гипохромией. Это помогает акушеру-гинекологу дифференцировать два разных состояния: железодефицит и анемию хронических болезней.

При подозрении на ЖДА резонно назначить *ex juvantibus* препарат железа и **отследить динамику** изменения показателей гемоглобина и гематокрита. Если через 1 мес уровень гемоглобина будет восстановлен — это говорит о том, что мы на пути к успеху и препарат эффективен у данной пациентки. В противном случае целесообразно рекомендовать пациентке **консультацию гематолога**. На этого специалиста возложен и дальнейший диагностический поиск.

Соли двухвалентного железа демонстрируют незначительные различия между собой по **скорости всасывания**. Они обладают высокой биодоступностью и зачастую более предпочтительны для использования⁹. Любопытно, что с меньшей дозой препарата усваивается больше железа^{10,11}. Дело в том, что регуляция абсорбции железа осуществляется на уровне базальной мембраны энтероцита с помощью гепсидина. При высоких дозах препарата синтез этого белка активируется, но он деградирует

[При подозрении на железодефицитную анемию резонно назначить пациентке *ex juvantibus* препарат железа и отследить динамику изменения таких показателей, как концентрация гемоглобина и гематокрит.]



Елена Семёновна Ковригина, канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии и школьной медицины ФДПО ИНОПР РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Москва)

в лизосомах, а Fe «заперт» в клетках слизистой оболочки кишечника¹².

Современные клинические рекомендации обычно предписывают назначать в профилактических целях 60 мг элементарного железа в сутки, в лечебных — 100–120 мг/сут. **Рациональная комбинация** Fe²⁺ + Cu + Mn, зарегистрированная в Российской Федерации под торговым наименованием «Тотема», полностью соответствует требованиям клинических рекомендаций по дозе, в отличие от большинства препаратов Fe, которые содержат дозу больше рекомендованной.

При лёгкой степени ЖДА рекомендуется назначать в сутки по две ампулы препарата по 50 мг элементарного желе-

за в каждой, что позволяет нормализовать гемоглобин у беременных с ЖДА за 1 мес и восполнить депо железа за триместр¹³, что способствует формированию некоторого запаса, который будет использован в многофункциональном белке лактоферрине.

Реакция на препараты железа **сугубо индивидуальна**¹⁴. Препарат глюконата железа «Тотема» обеспечивает гибкость дозирования и хорошую переносимость. Для улучшения последней и обеспечения высокой комплаентности препарат можно разводить в морсах тёмного цвета. При жалобах на тошноту лечебную дозу можно разделить на **два приёма**.

Говоря о ферротерапии, следует помнить, что любой лекарственный препарат железа образует нерастворимый сульфид, **окрашивающий стул** в чёрный цвет. Этот же сульфид может стать причиной временного **потемнения зубов**. Он образуется при взаимодействии ионов Fe²⁺ с сероводородом и оседает на зубном налёте. Это всего лишь маркёр **недостаточной гигиены** полости рта, который легко устранить с помощью зубной пасты и щётки.



Преодоление наблюдаемых чаще всего в повседневной практике женской консультации патологических состояний, в том числе «атакующих» пациентку в период беременности, невозможно без внедрения в клиническую практику принципов **медицины, основанной на доказанном** — так точнее переводить на русский язык термин evidence-based medicine, обычно известный как «доказательная медицина». Важное значение при этом имеет **постоянное обучение** специалистов, а также **расширение функционала** среднего медицинского персонала. **SP**

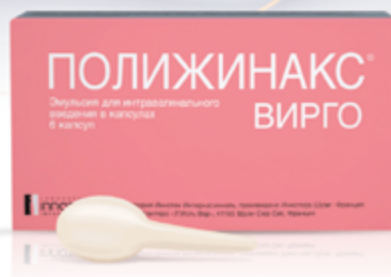
[Преодоление наиболее частых заболеваний, в том числе «атакующих» пациентку в период беременности, невозможно без внедрения в клиническую практику принципов медицины, основанной на доказанном.]

Литература и источники

1. Sobel J.D., Sobel R. Current treatment options for vulvovaginal candidiasis caused by azole-resistant *Candida* species // Expert Opin. Pharmacother. 2018. Vol. 19. №9. P. 971–977. [PMID: 29932786]
2. Donders G., Sziller I.O., Paavonen J. et al. Management of recurrent vulvovaginal candidosis: Narrative review of the literature and European expert panel opinion // Front. Cell. Infect. Microbiol. 2022. Vol. 12. P. 934353. [PMID: 36159646]
3. Fan S., Liu X., Wu C. et al. Vaginal nystatin versus oral fluconazole for the treatment for recurrent vulvovaginal candidiasis // Mycopathologia. 2015. Vol. 179. №1–2. P. 95–101. [PMID: 25416649]
4. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия «Полижинакса» на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. №4. С. 104–107.
5. Matheson A., Mazza D. Recurrent vulvovaginal candidiasis: A review of guideline recommendations // Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol. 2017. Vol. 57. №2. P. 139–145. [PMID: 28299777]
6. Kenchukwu F.C., Attama A.A., Ibezim E.C. et al. Novel intravaginal drug delivery system based on molecularly PEGylated lipid matrices for improved antifungal activity of miconazole nitrate // Biomed. Res. Int. 2018. Vol. 2018. P. 3714329. [PMID: 29977910]
7. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»: Приказ Минздрава РФ №924н от 15 ноября 2012 года.
8. Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учёта и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учёта и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов: Приказ Минздрава РФ №1094н от 24 ноября 2021 года.
9. Pavord S., Daru J., Prasanna N. et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy // Br. J. Haematol. 2020. Vol. 188. №6. P. 819–830. [PMID: 31578718]
10. Jacobs P., Johnson G., Wood L. Oral iron therapy in human subjects, comparative absorption between ferrous salts and iron polymaltose // J. Med. 1984. Vol. 15. №5–6. P. 367–377. [PMID: 6599114]
11. Ребров В.Г., Егорова Е.Ю., Громова О.А., Торшин И.Ю. Парадокс лечения анемий: когда меньше становится лучшим // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2010. №3. С. 26–28.
12. Семёнова Е.Н., Кунина М.Ю., Стуков Н.И. Роль меди и марганца в метаболизме железа // Врач. 2013. №12. С. 47–52.
13. Ковригина Е.С., Казанец Е.Г., Карамян Н.А. и др. Современные методы диагностики железодефицитной анемии у беременных и критерии оценки эффективности ферротерапии // Гинекология. 2005. Т. 7. №2. С. 90–92.
14. Стуков Н.И., Кунина М.Ю., Семёнова Е.Н. Эффективность и переносимость препаратов железа. Что важнее? Существует ли оптимальное решение? // Поликлиника. 2014. №2. С. 48–54.

ПОЛИЖИНАКС®

ЛЕЧИТ ВАГИНИТ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ*¹



Полижинакс® применяется более чем в 80 странах мира

- + **Синергия** антибиотиков полимиксина В и неомицина расширяет спектр действия^{2,3}
- + **Двойное бактерицидное** действие на возбудителей вагинита³
- + **Уникальная форма** Полижинакс® Вирго для женщин и девочек⁴

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



ПОЛИЖИНАКС®



ПОЛИЖИНАКС®
ВИРГО

* Кроме ИППП.

1. Радзинский В.Е., Гушин А.Е., Соловьева А.В. и др. Терапия вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКТ» // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2024. № 1 (104). С. 35–42. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Полижинакс. 3. Доброхотова Ю.Э., Маркова З.А. Смешанный вагинит в современных условиях: особенности течения и выбор подходов к лечению // Проблемы репродукции. 2022. Т. 28. № 4. С. 137–144. 4. Полижинакс® Вирго – единственный в РФ лекарственный препарат для лечения вагинальных инфекций в форме эмульсии для интравагинального применения в капсулах // grls.minzdrav.gov.ru.

ДЛЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

POLY-01-04-2024 РЕКЛАМА

INNOTECH
russia

РУ П1011782/01 ЛСР-000023/09