

# StatusPraesens

гинекология акушерство беспомогливый брак

#5 [122] 11 / 2025 / StatusPraesens



Анимированная  
обложка

тема  
№  
Тонкие  
настроЙки  
баланса

Итоги церемонии награждения лауреатов 13-й Национальной премии «Репродуктивное завтра России» • Склеротический лишай вульвы: терминологические и юридические лабиринты • Лечебные возможности пролонгированной контрацепции. Что мы недоиспользуем? • Нарушения сна как маркёр менопаузальных нарушений • Дозозависимая плеiotропность витамина D: кому, когда, сколько?



Уважаемые коллеги!



В начале 2025 года произошло событие, которое, безусловно, повлияет на **будущее медицинского образования** в России. Государственная дума утвердила Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Важнейшим аспектом стало положение, которое вступит в силу **с 1 марта 2026 года** и ограничит реализацию профессиональных образовательных программ в области медицины и фармацевтики с использованием **электронного обучения и дистанционных технологий**. Исключения будут касаться тех проектов, которые сформулированы с учётом федеральных государственных стандартов, а также типовых дополнительных программ в области здравоохранения и фармацевтической деятельности.

Эта модернизация имеет большое значение, поскольку формируют новый вектор, который позволит **повысить уровень медицинского обучения**. От существующих стандартов зависит не только подготовка специалистов, но и качество услуг, предоставляемых населению. Профессиональные кадры, обладающие современными знаниями и навыками, способны создать высокоэффективную систему здравоохранения, которая будет отвечать всем **актуальным вызовам**. Укрепление образовательной базы представляет собой необходимость для формирования уверенности в способностях новых специалистов, которые должны **соответствовать требованиям**, предъявляемым современными реалиями.

Уже более века **Казанская государственная медицинская академия** (филиал РМАНПО) осуществляет подготовку врачей-курсантов и ординаторов, активно разрабатывая новейшие учебные программы и подходы к обучению, отказываясь от устаревших практик и **адаптируясь к современным требованиям**. Кафедра акушерства и гинекологии, основанная выдающимся проф. В.С. Грузевым, сохраняет традиции, при этом ориентируясь на профессиональный подход в обучении врачей и ординаторов с акцентом на практических знаниях и навыках. Одним из выдающихся воспитанников стал акад. АМН ССР **Л.С. Персианинов**, вклад которого в акушерство и гинекологию невозможно недооценить. В настоящее время на кафедре продолжает преподавать почётный зав. кафедрой, докт. мед. наук, проф. **Л.И. Мальцева**, которая служит примером и авторитетным наставником для молодых врачей Республики Татарстан.

Желаю всем крепкого здоровья, неиссякаемой тяги к знаниям и профессионального роста!

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМА —  
филиала РМАНПО, докт. мед. наук, доц. **Е.Ю. Юпатов**

# status

## гинекология акушерство

# 5 [122] 11 / 2025 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной  
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



**главный редактор:** засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф. Виктор Евсеевич Радзинский  
**Директор журнала:** канд. мед. наук (Светлана Александровна Маклещова  
**Креативный директор:** Виталий Кристал (vit@liy.ru)  
**Директор по развитию:** Александр Васильевич Иванов  
**Редакционный директор:** канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская  
**Заместитель редакционного директора по науке:** канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов  
**Ответственные секретари редакции:** Надежда Михайловна Васильева, Ксения Валерьевна Арефьева  
**Научные эксперты:** канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов  
**Медицинские и литературные редакторы:** Ольга Раевская, Сергей Дьяконов, Никита Катаев, Ольга Быкова, Мила Мартынова, Анастасия Хробостова, Полина Царёва  
**Пресс-директор:** Нелли Демкова  
**Художественный директор:** Лина Тавдумадзе  
**Арт-директор:** Латип Латипов  
**Руководитель группы вёрстки:** Юлия Скуточкина  
**Выпускающий редактор:** Марина Осипова  
**Инфографика и дизайн:** Ирина Великанова  
**Корректоры:** Елена Соседова, Эльнара Фридовская  
**Руководитель отдела продаж:** Галина Несторова (gn@praesens.ru)  
**Руководитель отдела продвижения издательских проектов:** Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презен» [105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1]. Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презен» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презен» [105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3] / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 20 ноября 2025 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: [praesens.ru](http://praesens.ru). E-mail: [info@praesens.ru](mailto:info@praesens.ru). Отпечатано в ООО ПО «Периодика», 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 48/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. б. Заказ №29773. При slanые 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. Перепечатка 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» несет рекламодатели. Обложка: © Лина Тавдумадзе с использованием нейросети Midjourney. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

# репродуктивные технологии

## главный редактор

Радзинский Виктор Евсеевич

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патрика Лумумбы, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)  
Аксёнова Маргарита Дарчоевна (Краснодар)  
Апресян Сергей Владиславович (Москва)  
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)  
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)  
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)  
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)  
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)  
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)  
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)  
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)  
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)  
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)  
Гомберг Михаил Александрович (Москва)  
Гус Александр Иосифович (Москва)  
Густоварова Татьяна Алексеевна (Смоленск)  
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)  
Давыдов Александр Ильгизирович (Москва)  
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)  
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)  
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)  
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)  
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)  
Кира Евгений Фёдорович (Москва)  
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)  
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)  
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)  
Костин Игорь Николаевич (Москва)  
Кулемшов Виталий Михайлович (Тюмень)  
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)  
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)  
Лебеденко Елизавета Юрьевна (Ростов-на-Дону)  
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)  
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)  
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)  
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)  
Мингалёва Наталия Вячеславовна (Краснодар)

Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)  
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)  
Молчанова Ирина Владимировна (Барнаул)  
Оленев Антон Сергеевич (Москва)  
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)  
Оразмуратов Агамурат Акмамедович (Москва)  
Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)  
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)  
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)  
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)  
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)  
Попандопуло Виктория Александровна (Майкоп)  
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)  
Прилепская Вера Николаевна (Москва)  
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)  
Роговская Светлана Ивановна (Москва)  
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)  
Савельева Ирина Вячеславовна (Омск)  
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)  
Самойлова Алла Владимировна (Москва)  
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)  
Семёнов Юрий Алексеевич (Челябинск)  
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)  
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)  
Сидорова Ираида Степановна (Москва)  
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)  
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)  
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)  
Толибова Гулрӯҳсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)  
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)  
Филиппов Олег Семёнович (Москва)  
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)  
Хамошина Марина Борисовна (Москва)  
Хрянин Алексей Алексеевич (Новосибирск)  
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)  
Шалина Раиса Ивановна (Москва)  
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

# status ГИНАКОЛОГИЯ АКУШЕРСТВО

гинекология акушерство

## СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА

Искусство гармонии

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о балансе  
в акушерстве и гинекологии

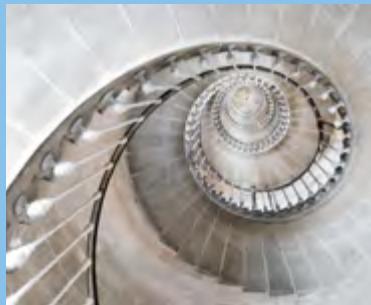
В медицине, и особенно в репродуктивной, баланс выступает ключевым понятием, необходимым для раскрытия всех граней клинической практики. Каждое врачебное решение в идеале должно служить шагом к достижению гармонии — здоровья организма. Всестороннее понимание физиологических и патологических процессов позволяет осознать, как многочисленные факторы взаимодействуют между собой и влияют на общее состояние.

12

НОВОСТИ

15

ПЕХТ-ПРОСВЕТ



На годы вперёд

Использование внутриматочных систем для длительной контрацепции  
и лечения гинекологических заболеваний

Енькова Е.В., Мартынова М.А.

Гормональная контрацепция — один из эффективных методов планирования деторождения и защиты от нежеланной беременности. Уже много лет акушеры-гинекологи всего мира рассказывают о её преимуществах и доказанных свойствах (в том числе о дополнительных неконтрацептивных) на страницах специализированных журналов и с трибун в рамках медицинских конференций. Однако, несмотря на всю подтверждённую эффективность, существует стойкое общественное сопротивление, основанное на мифах и страхах.

21

VIA SCIENTIARUM

Дружба крепкая

Смешанные вагиниты: клинические подходы и оптимальные методы  
лечения [по материалам выступлений В.Е. Радзинского, А.В. Соловьёвой,  
С.К. Зырянова]

Катаев Н.А.

Смешанный вагинит — не просто диагноз. Это вызов, стоящий перед современным здравоохранением. В условиях постоянного роста заболеваемости и увеличения числа патогенов вызывает тревогу тот факт, что многие женщины остаются без должного внимания и своевременной помощи. Неправильное назначение антибактериальных препаратов и игнорирование важности микробиома только усугубляют ситуацию, приводя к рецидивам и хронизации процесса, что негативно влияет на репродуктивное здоровье.

# содержание издания

## 37 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ



## 45 РЕФРЕШИНГ

## 53 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

## 59 ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ



### Весь океан в капле

Сохранение баланса человеческого микробиома

Ших Е.В., Катаев Н.А.

Органы и ткани человека содержат невероятную вселенную — микробиом. Триллионы «жителей» населяют этот невидимый мир, создавая сложную сеть взаимодействий. Внутри этой экосистемы царят собственные правила существования. Микроорганизмы не просто соседствуют друг с другом — они ведут активную социальную жизнь: обмениваются сигналами, вступают в конкуренцию и образуют альянсы. Подобно обитателям мегаполиса, они организовывают сообщества, где каждому отведена определённая функция.

### Игра вдолгую

Новые подходы к коррекции D-статуса. Что есть оптимум?

Радзинский В.Е.

### Кто виноват?

Влияние мужского фактора на бесплодие в браке

Раевская О.А., Дьяконов С.А., Мартынова М.А.

Причины бесплодного брака многочисленны и разнообразны, однако достаточно часто виновницей этого незаслуженно считают именно женщину. Тем не менее ответственными за ненаступление беременности могут быть оба супруга. По современным данным, каждая шестая супружеская пара испытывает трудности с зачатием ребёнка, причём как минимум у половины из них причиной выступает мужской фактор. Дополнительно к этому следует учитывать комбинированные формы инфертности, а также тот факт, что примерно у 15% пар причину бесплодия установить вовсе не удаётся.

### Двойные стандарты

Склеротический лишай вульвы как междисциплинарная проблема

Хрянин А.А., Рафченко М.В.

Врач, погруженный в свою профессию, нередко попадает в круговорот многочисленных трудностей. Одной из самых очевидных выступает отсутствие регламентов по определённым нозологиям. Яркий пример — склеротический лишай вульвы. Несмотря на реальную значимость этого заболевания, в России до сих пор отсутствуют утверждённые клинические рекомендации. К тому же разделение ролей между двумя или тремя специалистами порой замедляет оказание медицинской помощи и создаёт юридические сложности.

# StatusPraesens

гинекология акушерство бесподобный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

67

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСТЬ  
ДОКАЗАТЬ

Заведи хронометр на жизнь

Нарушения сна в пери- и постменопаузе: современные возможности терапии

Балан В.Е., Тихомирова Е.В., Журавель А.С.

Знаменитый эксперт в области эндокринной гинекологии Леон Сперофф метко охарактеризовал менопаузу как отличный сигнал о том, что организму необходима профилактика возможных заболеваний. Без своевременного предотвращения и коррекции начальных изменений сложно обеспечить должное качество жизни женщин старшей возрастной группы. Одна из важных, но недооценённых проблем климактерия — нарушения сна, к которым относят частые и ранние пробуждения, проблемы с засыпанием и прерывистый сон.

73

BACK-UP



79

CONTRA-VERSION

Стратегия win-win

Стартовая терапия вульвовагинальных нарушений в постменопаузе

Соловьёва А.В., Быкова О.А.

В 2014 году экспертами Международного общества по изучению женского сексуального здоровья (International society for the study of womens sexual health) и Североамериканского общества по менопаузе (North American menopause society) для комплекса ассоциированных с вульвовагинальной атрофией нарушений был принят новый термин. Спустя более чем десятилетие можно с уверенностью заключить — генитуринарный менопаузальный синдром прижился в клинической практике для характеристики многочисленных проявлений дефицита эстрогенов и других половых гормонов.

С грозой, с метелью, с весенней капелью

Трансформация женщины 45+: менопауза — не конец, а новое начало  
(по материалам выступлений В.Е. Рафзинского, О.И. Климовой,  
А.М. Савичевой, К.Ю. Зальмуниной)

Катаев Н.А.

К акушерам-гинекологам каждый день на приём приходят женщины, которые стоят на пороге менопаузального перехода. За менопаузой следует целый спектр различных соматических и эмоциональных изменений. Количество пациенток этой возрастной группы неуклонно растёт с каждым годом, и, как следствие, увеличивается спектр жалоб. Наряду с классическими проблемами, такими как патологические вагинальные выделения, нарушения менструального цикла и боли в области малого таза, появляется необходимость в поиске способов обеспечения активного долголетия.

84

ЛИТЕРАТУРА

# ИСКУССТВО ГАРМОНИИ

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский  
о балансе в акушерстве и гинекологии



Главный редактор, акад. РАН, проф.  
Виктор Радзинский

В медицине, и особенно в репродуктивной, **баланс** — ключевое понятие, необходимое для раскрытия всех граней клинической практики. Каждое врачебное решение в идеале должно служить шагом к достижению **гармонии — здоровья организма**. Всестороннее понимание физиологических и патологических процессов позволяет осознать, как многочисленные факторы **взаимодействуют между собой** и влияют на общее состояние.

**Вовлечённость самих пациенток** играет в этом процессе первостепенную роль. Забота о своём репродуктивном будущем, регулярные медицинские осмотры, образ жизни — необходимые условия поддержания **баланса... и здоровья**. Осознание их значимости способствует обеспечению **физического благополучия и психоэмоциональной стабильности** женщин.

**Репродуктивное просвещение** помогает женщинам принимать **осознанные решения** и активнее участвовать в сохранении собственного здоровья. **Открытое обсуждение**, доступ к необходимой информации обеспечивают лучшее взаимодействие с медицинскими специалистами, позволяя выстраивать **конструктивный диалог** на основе доверия и понимания. И, конечно же, чем более информированными становятся женщины, тем **больше возможностей** открыто для поддержания баланса всех сторон их жизни.

Ещё один аспект — **баланс в работе акушера-гинеколога**. Его деятельность включает в себя необходимость придерживаться нормативно-правовых актов и в то же время реализовывать индивидуальный подход. Стандарты, разработанные на основе доказательной медицины, **обеспечивают надёжную базу** для практики. Однако при этом каждое взаимодействие с пациенткой уникально и требует учёта не только результатов обработки статистических данных (какой бы ни была *big data!*), но и **личных особенностей и предпочтений** женщины. Синтез научного подхода и гуманного отношения открывает новые возможности успешного решения клинических задач.

В системе здравоохранения на всех уровнях каждое клиническое решение должно быть принято с пониманием того, что здоровье включает и **физические, и эмоциональные, и социальные аспекты**. Их **устойчивое равновесие** ведёт к **повышению качества жизни** — вслед за благоприятными результатами лечения. На этом пути врач как **наставник**, так и **партнёр**, способствующий формированию нового понимания здоровья как личной и общественной ценности.

**П**овседневная практика акушера-гинеколога свидетельствует: общение с пациентками, страдающими от **вульвовагинальных нарушений** в постменопаузальном периоде, **выходит за рамки** клинических рекомендаций (КР). Часто именно глубокое понимание и нацеленность на совместное достижение желаемого результата способствуют **успешному лечению**. Даже самая современная терапия теряет свою силу, если обсуждение проблем ограничивается формальной консультацией в отсутствие диалога и комплаентности.

Женщины стесняются рассказывать о проявлениях генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС), часто полагая, что это — лишь **часть естественного процесса старения**. Если рассмотреть данные опросов, становится ясно — пациенткам **не хватает информации** о своём здоровье и изменениях в организме. Если они всё же решаются заговорить о своих недугах, инициатива зачастую исходит от них самих, а не от врачей.

**[ Разработка КР не решает всех проблем, расхождения в интерпретации порой ведут к судебным разбирательствам, где невыполнение КР может быть рассмотрено как дефект оказания медицинской помощи. ]**

Каждой женщине присуще своё уникальное понимание собственного состояния. **Своевременное обращение** и налаживание открытого диалога со специалистом — **основные звенья** качественного оказания медицинской помощи при ГУМС. Многочисленные исследования показывают, что благоприятные результаты терапии сопряжены именно с информированным согласием (действительным, не только бумажным!) пациентки и совместным процессом принятия клинических решений. Чем глубже будут обсуждены на первый взгляд «неловкие» вопросы, тем больший успех можно обрести в лечении.

Общение врача и пациентки — пространство, где можно свободно обсуждать даже самую деликатную тематику. Кому-то требуется поддержка в момент принятия важного решения, другие **нуждаются в понимании**, что их

беспокойства не лишены почвы. Забота о здоровье после наступления менопаузы требует от акушера-гинеколога высоких профессиональных навыков, а также **чуткости и сопереживания**.

**Междисциплинарное сотрудничество** — неотъемлемая часть будущего медицины, поскольку взаимодействие с коллегами из других областей существенно расширяет клинические возможности. **Стремление к командной работе** — условие для успеха в борьбе с СЛВ и подобными состояниями.

  
Сегодня врачи нередко сталкиваются с целым рядом непростых задач и препятствий. Один из наиболее острых моментов — **отсутствие чётких регламентов** по ведению тех или иных патологических состояний. Здесь каждый выбирает свой путь: сверяться с монографиями, доверять международным рекомендациям, которые могут не учитывать местные реалии, или обращаться за мнением к опытным коллегам. Но как зафиксировать их советы? **Кто возьмёт на себя ответственность** за клиническое решение?

Примером служит **склеротический лихен вульвы** (СЛВ), КР по которому в России попросту отсутствуют. Спе-

  
Важность грамотного подхода к **планированию семьи** неоспорима: стремясь к карьерному успеху, женщина рискует упустить время для материнства. Впрочем, потребность в **долгосрочном планировании** не ограничена необходимостью балансировать между карьерой и семьёй — его нельзя реализовать без учёта аспектов личной жизни и существующих общественных норм.

Акушеры-гинекологи **располагают множеством инструментов**, способных существенно изменить жизнь пациентки, помогая ей взять судьбу в свои руки. Современные эффективные и безопасные **методы контрацепции** предоставляют женщинам возможность **регулировать fertильность** и выбрать оптимальный для деторождения отрезок жизни. Один из вариантов — современные **внутриматочные системы**. Пролонгированные методы позволяют смело смотреть в будущее, уравновешивая интересы — собственные и будущего ребёнка.

  
циалисты, включая акушеров-гинекологов и дерматовенерологов, совершенно без злого умысла не всегда могут своевременно оказать необходимую помощь, вынужденно **погружаясь в юридические дебри** этого вопроса. Кто должен вести пациентку? Какой подход лучше использовать?

Однако разработка КР **не решает** всех проблем. Расхождения в интерпретации протоколов порой ведут к **судебным разбирательствам**, где невыполнение указаний КР может быть рассмотрено как дефект оказания медицинской помощи. Вопрос лечения женщин с СЛВ **требует ясности**, и в этом подспорьем могут стать **локальные документы**, разработанные медицинскими учреждениями. Лечебные и диагностические схемы с учётом **аспектов междисциплинарности** станут основой для успешной стратегии и тактики ведения пациенток с СЛВ.

**Микробиота влагалища** — удивительная система с собственной сложной динамикой. Симбионты — условно-патогенные организмы — способны (обычно совершенно неожиданно для женщины!) активизироваться и стать инициаторами многочисленных нарушений репродуктивного здоровья.

Сложные клинические задачи репродуктивной инфектологии требуют от врачей большого объёма знаний и тренировки интуиции — КР «покрывают не всё поле» клинической практики! **Выбор препаратов** при вагинозах и вагинитах — и наука, и искусство. Специалистам необходимо находить средства, которые потенциально эффективно воздействуют на несколько инфекционных агентов, при этом не угнетая представителей **нормального биоценоза**. В идеале

этот подход должен предотвратить повторные воспаления и ускорить восстановление оптимального состава микробиоты.

И в этой ситуации **взаимодействие с пациентками** выступает важным аспектом. Информирование о значении каждого элемента терапии, о том, как пробиотики помогают в **долгосрочной перспективе**, — существенный элемент успешного лечения. В конечном счёте стратегия, основанная на эффективных и безопасных методах, назначаемых в доверительном взаимодействии с женщинами, создаёт условия для **полноценного восстановления** и предотвращения рецидивов.



Микробиоту влагалища неверно рассматривать в отрыве от **микробиома человека** — сложной экосистемы с бесконечными взаимодействиями между её «нормальными жителями», которые обеспечивают функционирование всего организма. Современная медицина предполагает изучение как их «резиденции» — макроорганизма, так и **влияния изменений** в составе или количестве обитателей на здоровье человека.

Обсуждая хрупкий **баланс микробиома**, невозможно оставить в стороне **влияние антибиотиков**. Уничтожая патогенные бактерии, препараты этой группы способны нарушить естественное равновесие — и речь не о мифическом дисбактериозе, а о конкретных патологических состояниях. Последствия этой дисрегуляции часто неожиданны и неожиданы — от **антибиотикоассоциированной диареи** до нарушений биоценоза влагалища.

Работая с микробиотами различных локусов человеческого организма, медицина способна улучшить показатели здоровья и **открыть новые возможности** для более безопасных схем лечения. Впрочем, подход к антибиотикотерапии в акушерстве и гинекологии не должен быть догматичным — важно учитывать **каждую отдельную ситуацию** и взвешивать преимущества и возможные риски, находя нужный баланс. Разработка и использование альтернативных стратегий, направленных на **бережное сохранение микробиома**, должны поддерживать гармонию всех систем организма.

**[ Подход к антибиотикотерапии в акушерстве и гинекологии не должен быть догматичным — важно оценивать каждую ситуацию и взвешивать преимущества и возможные риски, находя нужный баланс. ]**



© Rndworks / Коллекция/Stock



**Нарушения сна** в пери- и постменопаузе — важная и порой недооценённая проблема. Распространённость бессонницы увеличивается с 16–42% в репродуктивном возрасте до 35–60% в **пожилом**. Характерные изменения включают частые и ранние пробуждения, сложности с засыпанием, фрагментацию и снижение эффективности сна. Кроме того, в этот период могут возникать апноэ сна, **синдром беспокойных ног**, ноктурния... Эти нарушения выступают независимым фактором риска психосоматических состояний, способны усугублять течение ряда **коморбидных заболеваний**, а также увеличивать смертность.

Эффективность различных методов коррекции сна варьирует в зависимости от выраженности симптомов и со-

путствующих заболеваний. **Когнитивно-поведенческие методы** демонстрируют многообещающие результаты, позволяя пациенткам находить способы улучшения качества сна без медикаментов. Однако многим необходимо включение **лекарственной терапии**. Она требует взвешенного подхода с акцентом на возможных побочных эффектах и рисках, связанных с долгосрочным использованием препаратов.

**Гормональная терапия** в числе своих плейотропных эффектов способствует коррекции нарушений сна, однако её эффективность не всегда проявляется сразу. «Неопределённости» в ответах на терапию подчёркивают необходимость комплексного подхода, сочетающего гормональные и **негормональные вмешательства**. Специалисты должны быть готовы к разработке и внедрению эффективных, безопасных и индиви-

дуализированных стратегий, которые смогут учитывать все аспекты здоровья пациенток в этот непростой период.



Многие стереотипы **бесплодия** всё ещё крепко укоренены в сознании. Наивно полагать, что причина ненаступления беременности — всегда в пациентке акушера-гинеколога. Современные исследования демонстрируют, что приблизительно у половины пар главной причиной репродуктивных неудач — или одной из них — выступают **факторы, относящиеся к мужчине**.

**Мужская fertильность** зависит от множества факторов, включая возраст, гормональные процессы и образ жизни. Она требует особого внимания медицины и общества в целом. Негативные воздействия окружающей среды, включая стресс и **вредные привычки**, служат значимыми барьерами на пути к удачному зачатию. Персистирующие инфекции, такие как **хронический простатит**, представляют собой угрозу и для сексуального здоровья, и для репродуктивной функции. Подобные состояния нередко остаются скрытыми, приводя к ухудшению качества спермы, и, соответственно, снижают шансы на зачатие ребёнка, но многие мужчины оставляют проблему на откуп времени.

Терапевтические методы при мужском бесплодии должны учитывать не только клинические аспекты, но и поведенческие факторы. **Изменения в образе жизни**, включая сбалансированное питание и отказ от вредных привычек, могут служить дополнением к медицинской составляющей комплексной терапии инфертильности.

Акушеры-гинекологи не должны упускать из виду мужские аспекты бесплодия, если они хотят обеспечить максимально эффективные пути восстановления репродуктивного здоровья. В конечном итоге все усилия должны быть сосредоточены на единой цели —

**[ Акушеры-гинекологи не должны упускать из виду мужские аспекты проблемы бесплодия, если они хотят обеспечить максимально эффективные пути восстановления репродуктивного здоровья. ]**

обеспечении возможности каждой пары **испытать радость родительства**.



Использование технологии «**генетических ножниц**» CRISPR/Cas9 — прорыв, способный открыть новые горизонты в лечении самых различных заболеваний. Уже сейчас в клинической практике можно наблюдать результаты, которые когда-то воспринимались как недостижимые, — сделаны первые шаги в **коррекции синдрома Дауна**. Задачи, стоящие перед медициной, становятся всё более **сложными и многосторонними**. Подавление антигенеза, например, в контексте лечения **эндометриоза**, а также использование молекул ДНК и РНК для «доставки» терапии на клеточном уровне — весьма интересные продвижения медицинской науки.

Способы генной инженерии будут менять подходы к лечению в **XXI веке**, но их реализация на практике должна соответствовать современным возможностям науки и **общественным устремлениям** — баланс с учётом этических факторов необходим.



Повышенное внимание к **дефициту и недостаточности витамина D**, оценка того, как эти состояния затрагивают разнообразные группы населения, — важная составляющая современной медицины. Речь идёт не только о «классических» остеопоротических явлениях. **Неосведомлённость о потенциальных последствиях D-дефицитных состояний** накладывается на кривую D-недхватки, сравнимую

с **пандемией**. Сейчас эксперты уделяют особое внимание иммуномодулирующим эффектам витамина D и влиянию на клеточном уровне в целом.

База знаний о возможностях и точках применения препаратов витамина D постоянно расширяется — идёт формирование новых гайдлайнов по самым разнообразным патологическим состояниям, в которых находит себе место «D-гормон».



В нашем динамичном мире есть тенденция к активному участию женщин в управлении собственным здоровьем, и менопауза — ей не преграда. Инновационные подходы и **стратегии антиэйдинга** основаны на учёте функциональных изменений. Усталость, **повышение массы тела**, изменение эмоционального фона — всё это спутники возраста, сильно влияющие на качество жизни. Ещё существенное обострение ассоциированных с возрастом заболеваний, среди которых стоит выделить **генитоуринарный менопаузальный синдром**, когнитивные нарушения и **остеопороз**. В этих условиях работа акушера-гинеколога становится особенно значимой, поскольку она направлена не только на устранение симптомов, но и на изменение восприятия старения и его последствий.

Возможность помочь пациенткам **адаптироваться к возрастным изменениям**, **принимать активное участие в обеспечении антиэйдинговых программ** — задачи, требующие научного подхода и должного медицинского внимания. Они «подталкивают» к формированию новой модели взаимодействия между акушером-гинекологом и пациенткой. Знание, понимание и **обсуждение** многочисленных проблем старения — ключ к **успешному уходу и поддержанию здоровья** в постменопаузе. 

**[ Возможность помочь пациенткам адаптироваться к возрастным изменениям, обеспечение антиэйдинговых программ — задачи, требующие научного подхода и должного медицинского внимания. ]**

# 12

Общероссийский  
конференц-марафон

## ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:

от прегравидарной подготовки  
к здоровому материнству и детству

Приглашаем  
к участию!

11–13  
февраля

Регистрация  
на [praesens.ru](http://praesens.ru)

+7 (495) 109 2627  
8 (800) 600 3975



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

# 2026

Пироговская наб., д. 5/2,  
отель «Санкт-Петербург»





# Н О В О С Т И

## Лучшее — враг хорошего

Минздрав РФ предложил новый порядок использования **клинических рекомендаций** (КР). Согласно **проекту приказа**<sup>1</sup>, медицинские организации должны обеспечить пациентам необходимую помощь **на основе профильных протоколов**, а также **создать условия**, соответствующие критериям оценки качества, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Если возникает ситуация, когда медицинское вмешательство, описанное в КР, невозможно осуществить, пациенту должна быть предложена помощь с использованием **теле-медицинских технологий** или его следует **направить в учреждение**, имеющее соответствующую возможность. Однако если протокол включает назначение лекарственного препарата или медицинского изделия, которые **временно недоступны**, такую рекомендацию можно не применять.

Проект также уточняет, что врач вправе **самостоятельно выбирать** тактику диагностики и лечения, основываясь на индивидуальных особенностях пациента. При этом в процессе комплексного ведения важно учитывать не только основное заболевание, но и сопутствующие состояния, **корректируя подход к терапии**. При необходимости по решению врачебной комиссии могут быть назначены препараты или процедуры, **не указанные в КР, но оправданные** жизненными показаниями и индивидуальными аспектами здоровья.

**[ Планируется, что КР не будут выступать предметом федерального государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. ]**

Таким образом, планируется, что КР **не будут выступать предметом федерального государственного контроля** (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности. Однако на основе их положений будут сформированы **критерии оценки качества медицинской помощи**, которые утверждены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

## Стражи иммунитета

Мэри Брункоу (Mary Brunkow), Фред Рамсделл (Fred Ramsdell) и Симон Сакагути (Shimon Sakaguchi) удостоены Нобелевской премии по физиологии и медицине 2025 года за их значимые открытия в области толерантности периферического иммунитета<sup>2</sup>. Лауреаты идентифицировали **регуляторные Т-лимфоциты** (Treg), которые препятствуют агрессии иммунных клеток по отношению к собственным тканям организма. Их достижения существенно углубили понимание фундаментальных механизмов иммунной системы и объяснили, почему некоторые люди не склонны к аутоиммунным состояниям.

Первые шаги Симона Сакагути в 1995 году стали **настоящим вызовом** традиционным представлениям<sup>3</sup>. Тогда мнения учёных сходились на том, что иммунная толерантность, называемая **центральной**, происходит в результате удаления потенциально агрессивных клеток в тимусе. Однако японский иммунолог продемонстрировал, что система обладает более сложной организацией, **открыв новый класс клеток, защищающих** организм от аутоиммунных заболеваний.

Важным вкладом в исследование стало открытие американских учёных Мэри Брункоу и Фреда Рамсделла в 2001 году о том, что определённая порода мышей проявляет **повышенную уязвимость** к аутоиммунным состояниям. Они обнаружили **мутацию в гене Foxp3**, а также продемонстрировали, что подобные изменения в человеческом варианте этого гена вы-

зывают такое серьёзное состояние, как **IREХ-синдром**<sup>4</sup>.

Вскоре доктор Сакагути смог сделать важную **связь между этими открытиями**. Он установил, что ген *Foxp3* играет ключевую роль в формировании клеток, которые он обнаружил в 1995 году. Оказывается, Treg направляют действия других клеток иммунной системы, **обеспечивая толерантность** к собственным тканям организма<sup>5</sup>.

Внесённый вклад лауреатов стал основой для дальнейшего изучения механизмов периферической толерантности и ускорил **разработку новых методов** лечения аутоиммунных состояний, таких как сахарный диабет 1-го типа<sup>6</sup>, ревматоидный артрит<sup>7</sup> и **первичная недостаточность яичников**<sup>8</sup>. Полученные данные открывают горизонты для повышения успеха трансплантации, а многие из этих подходов в настоящее время проходят стадию клинических испытаний.

## Хорошая попытка

**Л**юди по всему миру сталкиваются с **трудностями в зачатии**. Экстракорпоральное оплодотворение стало спасением для определённой группы пар, однако не все могут полагаться на этот метод, особенно при отсутствии функциональных яйцеклеток. Исследователи из Oregon Health & Science University предложили **инновационное решение**: перепрограммирование других клеток организма (например, кожи) для получения жизнеспособных эмбрионов с помощью технологии гаметогенеза *in vitro*<sup>9</sup>.

Процесс создания ооцитов предусматривал замену их ядра на **ядро клетки кожи**, что стало возможным благодаря методу соматического переноса, который ранее использовали для клонирования животных. Однако здоровые гаметы содержат только **один набор хромосом**, в то время как клетки кожи имеют два. Использование таких яйцеклеток в традиционном оплодотворении может привести к образованию зигот с избыточным количеством хромосом. Для решения этой проблемы исследователи обратились к **митомейозу** — методике, имитирующей естественный мейоз. Она позволяет трансформировать кариотипные клетки в ооциты с единственным набором хромосом путём отбрасывания лишних

элементов. В результате исследования команда создала **82 функциональные яйцеклетки**, 9% из которых были успешно оплодотворены и развились до стадии бластоцист.

Тем не менее этот метод **ещё не готов к практическому использованию** в медицине. Низкий процент оплодотворения и сложности, с которыми сталкиваются бластоцисты, указывают на наличие многочисленных хромосомных аномалий.

тельных репродуктивных технологий и правовых аспектов в этой сфере.

На открытии форума была подчёркнута важность инициатив, направленных на укрепление здоровья семей как средства **улучшения демографической ситуации**. Местная программа, реализуемая с 2021 года и принёсшая счастье **более 11 тыс. семей**, служит ярким примером эффективности казахской модели репродуктивной медицины.

**[ Учёные из Орегонского университета активно изучают перепрограммирование различных клеток организма человека для получения жизнеспособных эмбрионов с помощью технологии гаметогенеза *in vitro*. ]**

Эксперименты показали, что перепрограммированные яйцеклетки с корректным числом хромосом имеют **существенные отличия** от естественно полученных форм. В частности, исследуемые ооциты не прошли через стадию кроссинговера во время мейоза — процесса, который обеспечивает разнообразие, смешивая генетический материал от родителей.

На текущем этапе следует признать, что эта работа требует **значительной доработки**. Тем не менее изучение направлений, позволяющих получать функциональные ооциты из различных клеток, **открывает новые горизонты** репродуктивной медицины. При достаточном времени, тщательных исследованиях и удаче этот инновационный подход может дать **шанс на рождение детей** тем семьям, которые иначе не смогли бы реализовать свою мечту.

На конгрессе были акцентированы значительные достижения последних лет, такие как работа по **сохранению fertильности** у женщин старшего репродуктивного возраста и **внедрение искусственного интеллекта** в клиническую практику. Участники также обсуждали **этические стандарты**, важность профилактики бесплодия и раннего планирования семьи. На форуме присутствовали руководители Международной Федерации обществ fertильности (International Federation of Fertility Societies, IFFS) и **президенты ассоциаций репродуктивной медицины** из России, Узбекистана, Грузии, Армении, Таджикистана, Киргизии, Израиля, США и Австралии, что подчеркнуло не только высокий статус мероприятия, но и **глобальный интерес** к вопросам деторождения и здоровья семей.

Каждый участник конгресса приобрёл новые **знания и навыки**, а также завёл знакомства с коллегами и единомышленниками. Наполненные планами на будущее и **свежими идеями**, они ощутили атмосферу вдохновения и сотрудничества. Выводы и идеи, озвученные на этом мероприятии, обещают внести существенный вклад в **обеспечение репродуктивного здоровья** в будущем. 

\* IREХ-синдром — характеризующийся иммунной (I) дисрегуляцией, полизондриопатией (P), энтеропатией (E) X-сцепленный синдром (X).

Библиографию см. на с. 84–86.

# StatusPraesens

Для библиографических ссылок

- Енькова Е.В., Мартынова М.А. Использование внутриматочных систем для оральной контрацепции и лечения гинекологических заболеваний // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №5 (122). — С. 15–18.



# на годы вперёд

Использование внутриматочных систем для длительной контрацепции и лечения гинекологических заболеваний



Авторы: Елена Владимировна Енькова, докт. мед. наук, проф., засл. врач РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 педиатрического факультета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Воронеж); Мила Алексеевна Мартынова, StatusPraesens (Москва)

В мире, где нестабильность и неопределенность стали повседневной реальностью, вопрос о **планах на будущее** вызывает всё больше дискуссий. Согласно опросу 1бфф россиян в возрасте от 18 лет, проведённому Всероссийским центром изучения общественного мнения, только у 10% респондентов есть **долгосрочные планы на жизнь** — на 10 лет и более. ГORIZОНТ ПЛАНИРОВАНИЯ у 12% участников составляет 5 лет, у 26% — на год вперёд, у 14% — на месяц, у 10% — на неделю. Четверть опрошенных **вовсе не задумываются о будущем и не строят никаких планов**<sup>1</sup>.

Приоритетные мечты и цели современных россиян на ближайшие 10 лет — приобретение собственного жилья (29%), покупка автомобиля (26%) и построение своего бизнеса (24%). **Создание семьи и рождение детей** (21%) идёт только после всего этого. Вероятно, горизонт планирования у людей прямо связан не только с уровнем образования и экономическим благополучием, **но и с уверенностью** в том, что можно влиять на своё настоящее и будущее. А есть ли такая уверенность?

**Е**сли припомнить народную мудрость о доме, дереве и сыне, то можно заметить, что продолжение рода здесь занимает последнее место. В этом, вероятно, заключена определённая логика: для создания новой ячейки общества **важно «встать на ноги»** и обеспечить финансовую основу. Однако возникает ключевой вопрос: «Разумно ли на 5–10 лет **отказаться от любви и отношений** ради успешной карьеры, построения прочного материального фундамента и обеспечения благополучной жизни?». В наши дни это абсолютно абсурдная идея, особенно на фоне обилия современных средств контрацепции и широкого доступа к информации о **возможностях регулирования детородной функции**.

Хотя именно здесь возникает ситуация, вызывающая наибольший когнитивный диссонанс. Как показывает статистика, **всего 23% россиянок** репродуктивного возраста используют гормональные контрацептивы<sup>2</sup>. Выходит, что оставшееся большинство женщин либо

применяют **не самые надёжные методы** защиты от нежеланной беременности (прерванный половой акт, презервативы), либо **вовсе пренебрегают** заботой о своём репродуктивном здоровье. Печальный результат подобного недальновидного поведения — постепенно снижающиеся, но всё ещё достаточно высокие показатели абортов (338 367 в 2024 году по данным Минздрава РФ)<sup>3</sup> и их неблагоприятные последствия, включая воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). О каком благополучном материнстве и здоровье будущих поколений при этом можно рассуждать?

## Женщины не хотят задышать?

Гормональная контрацепция — один из **наиболее эффективных методов** планирования деторождения и защиты от нежеланной беременности. Уже мно-

го лет ведущие акушеры-гинекологи всего мира рассказывают о её **преимуществах и доказанных свойствах** (в том числе о дополнительных неконтрацептивных) на страницах специализированных журналов и с трибун в рамках медицинских конференций. Однако, несмотря на всю подтверждённую эффективность, существует стойкое **общественное сопротивление**, основанное на мифах и страхах.

Прежде всего это **гормонофобия**, затрагивающая не только пациенток, но и многих практикующих специалистов. До сих пор живы теории об опасности контрацептивных средств и даже их вреде для здоровья. Страх перед «вредными» гормонами, якобы ведущими к нежелательному росту волос, набору массы тела или проблемам с зачатием в будущем, не разбивается даже о доказательные данные безопасности современных лекарственных препаратов. Конечно, у гормонов, как и у любых медикаментов, есть определённые побочные эффекты и противопоказания,

однако для многих женщин **запрет их использования не обоснован**. Дело, как часто бывает, в недостаточном информировании населения, и такое положение может изменить **грамотное контрацептивное консультирование** пациенток лечащим врачом.

Ещё одна причина — **приверженность самих женщин** к определённым методам контрацепции. Для них важна не только эффективность способа защиты от нежеланной беременности, но и его безопасность, **удобство и обратимость**. Впрочем, если говорить об эффективности, то многие люди могут вкладывать в это понятие свой смысл, нередко ошибочный. Так, многие пациентки (**около половины!**) регулярно используют прерванный половой акт и считают его надёжным средством предохранения<sup>2</sup>. Хотя потенциальный

успех такого вида «защиты» едва достигает 80% — «осечки» случаются у каждой пятой женщины<sup>2</sup>.

Не стоит забывать и о **социально-экономических факторах**. Увы, реалии нашей жизни таковы, что далеко не каждая россиянка может позволить себе регулярный приём дорогостоящих контрацептивных препаратов. С другой стороны, не стоит списывать со счетов и элементарную **забывчивость** женщин, перегруженных рабочими и бытовыми проблемами, — не успела вовремя принять таблетку, пропустила пару дней, не купила следующую упаковку. Безусловно, высокую эффективность контрацептивных препаратов обеспечивает не только их состав, но и **тщательное соблюдение** пациентками врачебных предписаний и **долгосрочный непрерывный режим приёма** средства.

**[ Внутриматочные контрацептивные средства обеспечивают длительную, надёжную и безопасную защиту от нежеланной беременности, обладают благоприятным профилем безопасности и удобны в применении. ]**

## Я знаю, я выбираю

Согласно результатам недавнего исследования с участием 3000 россиян, на осведомлённость о методах контрацепции влияют пол, возраст и уровень образования<sup>2</sup>. При этом женщины лучше осведомлены о существующих способах защиты от нежеланной беременности, чем мужчины (70 vs 56%). Информацию по этому важному вопросу респонденты получают из разных источников: **27% — от медицинских специалистов**, 22% — в интернете, 22% — от близких, 17% — из медицинских ресурсов. То есть понятно, что люди интересуются темой, однако **насколько достоверными** могут оказаться перечисленные источники — вопрос, требующий детального разбора. Тем не менее **треть пациенток обращаются к врачу** — это возможность для акушеров-гинекологов и других медиков улучшить ситуацию с недостаточным контрацептивным консультированием в нашей стране.

Есть отдельная статистика для прекрасной половины человечества: **лишь 38% женщин** при выборе метода контрацепции обращаются за консультацией к доктору, а 28% — делают выбор самостоятельно. Самым популярным оказался *coitus interruptus* — его используют **49% респонденток** даже несмотря на то, что 59% выбирающих его сталкиваются с проблемами репродуктивного здоровья. На втором месте (46%) — презервативы, на третьем (34%) — **периодическое воздержание от секса**. Только **23% россиянок используют гормональные контрацептивы**. Есть и оптимистичные результаты: 84% участниц опроса понимают, что искусственное прерывание беременности может быть опасным для здоровья, а 85% воспринимают аборт как процедуру, оправданную только при угрозе здоровью матери и ребёнка.

## В обход привычного

Проблема комплaisентности контрацептивных средств стоит довольно остро. Решить её пытаются и разработчики препаратов, и практикующие специалисты. Один из эффективных способов — **пролонгированные методы**, в частности такие лекарственные формы, как контрацептивный пластырь и контрацептивное вагинальное кольцо. С их помощью можно **«забыть» о приёме** препаратов по часам — на неделю и на 21 день соответственно. Более того, парентеральный путь введения и сниженные дозы гормонов, выделяющиеся постепенно, позволяют минимизировать вероятность побочных эффектов.

Ещё один из наиболее эффективных методов длительной контрацепции — **внутриматочные контрацептивные средства**. Однако стоит отметить, что репутацию этого вида регуляции fertильности несколько подпортили первые модели, использование которых было связано с высокой частотой побочных эффектов и осложнений — ВЗОМТ, экспульсий и маточных кровотечений. Современные **левоноргестрельные вагинальные внутриматочные системы** (ЛНГ-ВМС) практически лишены таких неблагоприятных свойств. Напротив, они обеспечивают длительную (на несколько лет), надёжную и безопасную защиту от незапланированной беременности, обладают благоприятным профилем безопасности и удобны в применении. Согласно критериям ВОЗ, многим пациенткам **независимо от возраста и паритета**, в том числе молодым сексуально активным девушкам и нерожавшим пациенткам, можно рекомендовать ЛНГ-ВМС<sup>4</sup>.

ЛНГ, непрерывно высвобождаясь в полость матки из ВМС, оказывает местное гестагенное **антипролиферативное** действие на эндометрий, а также способствует повышению вязкости цервикальной слизи, что **замедляет подвижность сперматозоидов** и препятствует наступлению беременности<sup>5</sup>. Масштабные исследования доказали безопасность использования ЛНГ-ВМС. Например, частота ВЗОМТ при использовании системы составляет менее 1%<sup>6,7</sup>.

Одним из наиболее эффективных представителей внутриматочной контрацепции выступает система «Донасерт Уно»<sup>5</sup>. Установка устройства

возможна в течение первых 7 дней менструального цикла, а также после аборта в I триместре при отсутствии воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы. В то же время в **послеродовом периоде** рекомендована установка ЛНГ-ВМС не ранее чем через 6 нед после родоразрыва и полной инволюции матки. Необходимо отметить, после удаления системы **фертильность восстанавливается незамедлительно**. Это особенно важно для женщин, планирующих беременность после отмены контрацепции.

Кроме того, использование «Донасера Уно» не только эффективно предотвращает нежеланную беременность, но и способствует уменьшению **продолжительности и интенсивности** менструальных кровотечений. Использование ЛНГ-ВМС для контрацепции показано на срок 6 лет; использование с целью коррекции обильных менструальных кровотечений (ОМК) — в течение 3 лет с возможностью продления до 6 лет.

## Контрацепция и не только

Гормональную активность (антиэстрогенную, антипролиферативную) ЛНГ-ВМС также используют для лечения **гинекологических заболеваний**, сопровождающихся ОМК, избыточным ростом эуторического и эктопического эндометрия и дисменореей<sup>8</sup>. В связи с этим наличие у пациентки определенных патологических состояний может стать значительным доводом в пользу выбора ЛНГ-ВМС. В ряде случаев это позволяет избежать **оперативного вмешательства** и сохранить фертильность у женщин репродуктивного возраста.

В частности, ЛНГ-ВМС можно использовать для коррекции ОМК у пациенток с **заболеваниями матки (миомой матки, аденомиозом, гиперплазией эндометрия)**<sup>8</sup>. На размер миоматозных узлов система не влияет, однако обеспечивает выраженное **снижение объема менструальной кровопотери** при ОМК (и как следствие — сохранение уровня гемоглобина), **повышает качество жизни** и вполне сравнима по эффективности с аблацией эндометрия<sup>8</sup>.

ЛНГ-ВМС также можно рекомендовать пациенткам с ОМК, поскольку она значительно уменьшает объем менструальной кровопотери и представляет собой альтернативу **хирургическим методам** терапии ОМК<sup>8</sup>.

Есть данные об эффективности ЛНГ-ВМС и улучшении качества жизни женщин с гиперплазией эндометрия, наружным генитальным эндометроздом, а также аденомиозом<sup>8,9</sup>. Тем не менее таких официально **зарегистрированных показаний** в инструкции по медицинскому применению у ЛНГ-ВМС нет.

клинических рекомендациях прописано использование ЛНГ-ВМС после морфологической верификации диагноза в качестве долгосрочной медикаментозной терапии<sup>11,12</sup>.

Гиперплазия эндометрия с атипией обычно требует выполнения гистерэктомии, однако если пациентка желает **сохранить репродуктивную функцию** и отказывается от операции, то возможно консервативное лечение — введение ЛНГ-ВМС с обязательным патологоанатомическим исследованием биопсийного материала эндометрия **каждые 3 мес**.



© leonardo / коллекция/шток

**[ Внутриматочные системы с левоноргестрелом используют для лечения гинекологических заболеваний, сопровождающихся ОМК, избыточным ростом эуторического и эктопического эндометрия, дисменореей. ]**

Однако есть результаты исследований и положения клинических рекомендаций. Так, частота регресса **гиперплазии эндометрия** без атипии на фоне применения ЛНГ-ВМС в **3 раза выше** по сравнению с пероральными формами гестагенов. При этом исследователи подчеркивают высокую эффективность метода при минимальном системном воздействии и ограниченных нежелательных явлениях<sup>10</sup>. В профильных

(без удаления ЛНГ-ВМС)<sup>11</sup>. Частота морфологического регресса заболевания на фоне использования ЛНГ-ВМС достигает 90%<sup>12</sup>.

Согласно клиническим рекомендациям, ЛНГ-ВМС предписано использовать у взрослых женщин, не планирующих беременность, с **эндометриозом** и аномальными маточными кровотечениями<sup>13</sup>. Это позволяет уменьшить болевой синдром и интенсивность

## Богатая история

Современная история внутриматочных систем началась в 1909 году, когда немецкий врач **Рихард Рихтер** (Richard Richter) впервые описал использование **кольца из шёлковых нитей** как метод контрацепции<sup>15</sup>. Несмотря на интерес, это устройство не завоевало популярность и вскоре было забыто. В середине 1920-х годов несколько исследователей вновь обратили внимание на внутриматочные кольца. **Карл Пуст** (Karl Pust) из Германии предложил конструкцию из шёлкового кольца, соединявшегося со стеклянной кнопкой для закрытия шейки матки<sup>16</sup>. Его соотечественник **Эрнст Грефенберг** (Ernst Gräfenberg) модифицировал кольцо, добавив **серебряную оплётку**, что сделало устройство рентгеноконтрастным<sup>17</sup>. Впоследствии его систему, усовершенствованную путём замены шёлка на сплав **никеля, магния и цинка** («Немецкое кольцо»), стали достаточно активно использовать в Европе и США. Однако распространённость ВЗОМТ у потребительниц средства оставалась чрезвычайно высокой, и вскоре его запретили применять.

В 1934 году в Японии доктор **Тэнреи Ота** (Tenrei Ota) модифицировал конструкцию Грефенберга, добавив **центральную опору**, что позволило снизить частоту экспульсий<sup>18</sup>. Однако исследование контрацептивов в Японии активизировалось лишь после окончания Второй мировой войны.

Начиная с 1950-х годов совершенствование методики стало набирать обороты. Датой появления **первого поколения** современных внутриматочных контрацептивов считают 1962 год, когда медицинский статистик Кристофер Титце (Christopher Tietze) проанализировал данные о кольцах Грефенберга и Ота и организовал первый Международный симпозиум по внутриматочной контрацепции в Нью-Йорке<sup>19</sup>. В числе участников были доктора **Лазарь Маргулис** (Lazar Margulies) и **Джек Липпс** (Jack Lippes). Модификация Маргулиса не требовала расширения цервикального канала перед введением, была выполнена из **пластмассы с добавлением сульфата бария** и оснащена стержнем с утолщениями для простоты извлечения<sup>20</sup>. Большие размеры приспособления обусловливали высокую частоту маточных кровотечений и экспульсий, а стержень доставлял дискомфорт партнёрам потребительниц. Доктор Липпс представил контрацептив в **форме зигзага**, произведённый из термопластика («**петля Липпса**»), снабжённый нейлоновой нитью, потягиванием за которую его можно было извлечь<sup>21</sup>.

К концу 1960-х годов доктор **Ховард Тейтум** (Howard Tatum) презентовал **Т-образную модель** контрацептива, и это был первый представитель **второго поколения** ВМС. Именно такая форма, по мнению учёного, должна была **снизить частоту экспульсий**, что и произошло. Одновременно доктор Тейтум обнаружил доказательства спермицидной активности **ионов магния** (через 40 лет после того, как этот элемент впервые ввели в состав ВМС!), и в продажу поступила медьсодержащая конструкция **TCu200**<sup>22</sup>, а вслед за ней — **TCu380A**<sup>23</sup>.

Разработка первых прогестинсодержащих моделей (**третье поколение**), решивших проблему обильных и длительных менструаций, пришлась на 1960-е годы. Их можно было использовать не более года, затем следовало установить новое средство. Первую **левоноргестрелсодержащую Т-образную модификацию** создали в 1976 году учёные из Финляндии<sup>24</sup>.

В 1988 году доктор **Дирк Вилдемерш** (Dirk Wildemeersch) разработал модель четвёртого поколения, назвав её **«внутриматочным контрацептивным имплантатом»**<sup>25</sup>. Принципиальные отличия этой конструкции от предыдущих — отсутствие жёсткой формы и необходимость фиксации в мышечном слое тела матки в области её дна. Нанизанные на полипропиленовый шнур металлические цилиндры (4–6 штук) свободно свисают в полость матки (срок действия — 5 лет).

ВМС, используемые в настоящее время, представляют собой **результат многолетних исследований и технологий**. Эти устройства обеспечивают высокий уровень эффективности и безопасности, **устанавливая стандарты** для всех контрацептивных методов.

менструальных кровотечений, а также способствует регрессу эндометриодных гетеротопий<sup>9</sup>.

ЛНГ-ВМС может быть эффективным средством для купирования симптомов **аденомиоза**. У таких пациенток на фоне ЛНГ-ВМС значительно уменьшается продолжительность и объём менструаций<sup>9</sup>. Этот метод можно рассматривать в качестве **альтернативного варианта** терапии женщин с аденомиозом **го** или вместо **гистерэктомии**, а также для лечения пациенток с аденомиозом в позднем репродуктивном возрасте, не планирующих деторождение.

Впрочем, клиницистам важно помнить, что при заболеваниях матки ЛНГ-ВМС далеко не всегда обеспечивают гарантированный долгосрочный результат, но помогают **выиграть время** для продумывания другой более успешной лечебной стратегии. Так, в одном из исследований наблюдали 48 пациенток в возрасте 27–53 лет с диффузными формами аденомиоза (размеры матки — 12 нед и более). Хотя лечение с использованием ЛНГ-ВМС не повлияло на изменения объёма органа, **общий показатель эффективности** метода составил 68,8% за счёт уменьшения дисменореи и объёма менструальной кровопотери. Авторы работы пришли к выводу, что применение ЛНГ-ВМС может быть эффективно в качестве **временного лечения** пациенток с тяжёлыми формами диффузного адено-миоза до выполнения гистерэктомии<sup>14</sup>.



Планирование жизни и планирование деторождения — какие близкие понятия, которые на деле могут оказаться далеки друг от друга. Не всегда можно влиять на различные аспекты жизни, но в ситуации с реализацией репродуктивной функции — всё в руках женщины. Благодаря современным методам пролонгированной контрацепции есть возможность **поставить материнство на паузу** на несколько лет, если, по мнению женщины, ещё не пришло время. А когда оно настанет — легко нажать на «Play» и без промедления восстановить fertильность. Легко, надёжно, безопасно и, самое главное, **сохраняя женское здоровье**. 

Библиографию см. на с. 84–86.

# ДЛЯ ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ПОДДЕРЖАНИЯ ИНТИМНОГО ЗДОРОВЬЯ

## Флуомизин®



ПРОИЗВЕДЕНО  
В ШВЕЙЦАРИИ

### АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

- ✓ **Деквалиния хлорид** с широким спектром antimикробной активности
- ✓ Разрешен к применению в период беременности и лактации

### СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

**Бактериальный вагиноз, кандидозный вагинит, трихомонадный вагинит, санация влагалища перед гинекологическими операциями и родами:** 1 ваг. таб. в сутки 6 дн.

## Гинофлор® Э



ПРОИЗВЕДЕНО  
В ШВЕЙЦАРИИ

### ПРОБИОТИК + ЭСТРИОЛ

- ✓ 100 млн жизнеспособных **лактобактерий** для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры влагалища
- ✓ 0,03 мг **эстриола** для защитного трофического действия на эпителий

### СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

**Восстановление микрофлоры влагалища:**  
1–2 ваг. таб. в сутки 6–12 дн.

**При атрофических вагинитах в постменопаузе:**  
1 ваг. таб. 6–12 дн., далее поддерживающая доза:  
1 ваг. таб. 1–2 раза в нед.

## ПАПИЛОКАРЕ®



ПРОИЗВЕДЕНО  
В ИСПАНИИ

### ИНТИМНЫЙ ГЕЛЬ С ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ

- ✓ Комбинация 7 активных ингредиентов с увлажняющими и восстанавливающими свойствами для кожи и слизистых
- Компоненты геля заключены в ниосомы и фитосомы для эффективного действия
- Поддерживает эластичность тканей

### СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

**Для увлажнения и поддержания процесса реепителизации, восстановления баланса микрофлоры в интимной зоне:**

- Оптимальное время для нанесения — непосредственно перед сном
- Форма канюли способствует удобному нанесению геля

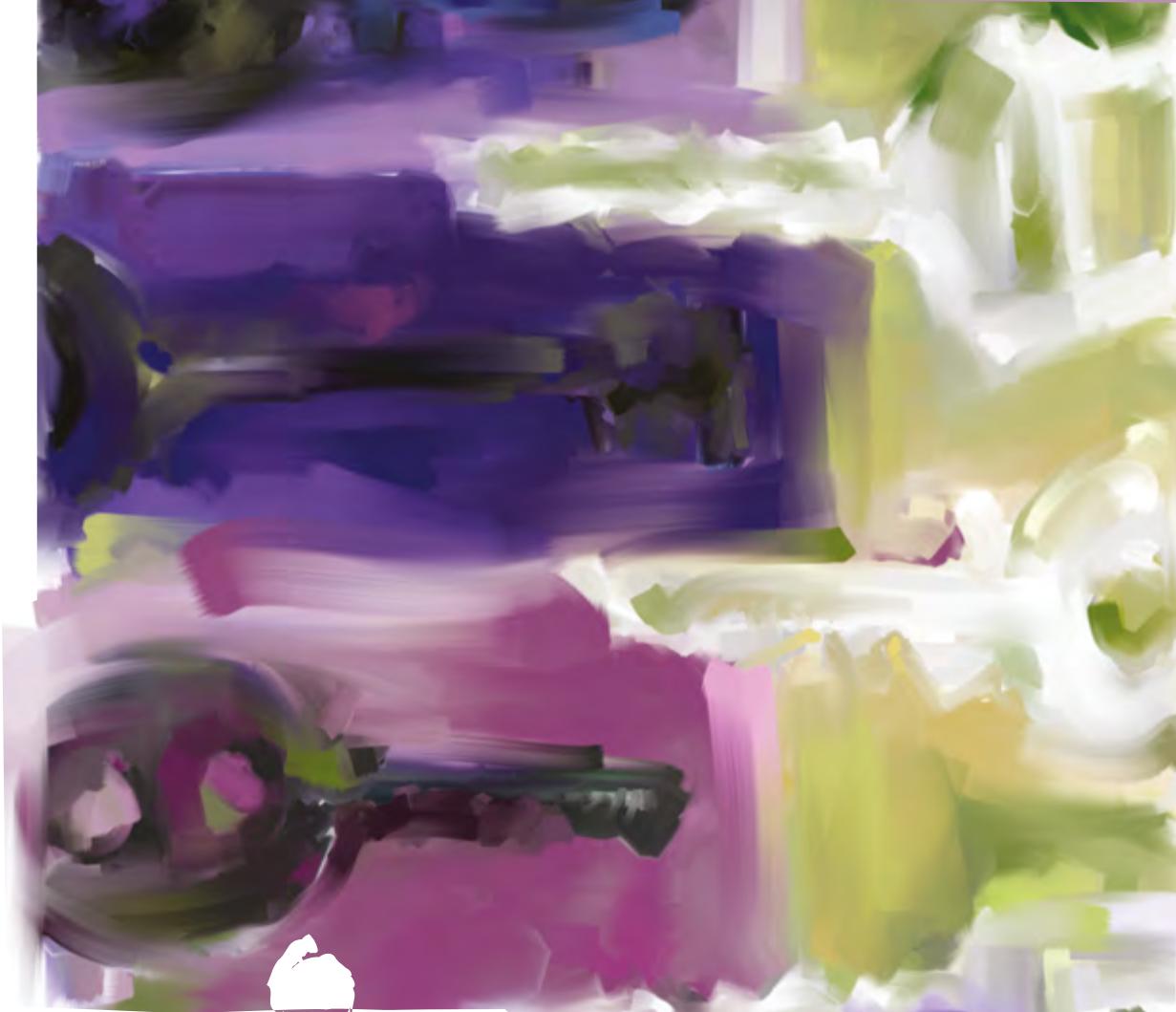
1. Инструкция по применению препарата Флуомизин®.

2. Инструкция по применению препарата Гинофлор® Э.

3. Инструкция-аннотация по применению интимного геля ПАПИЛОКАРЕ®.

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-18-80, e-mail: GRFarma@g-richter.ru. Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: centr@g-richter.ru, www.g-richter.ru.

# StatusPraesens



Для библиографических ссылок

- Катаев Н.А. Смешанные вагиниты: клинические подходы и оптимальные методы лечения [по материалам выступлений В.Е. Радзинского, А.В. Соловьёвой, С.К. Зырянова] // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №5 (22). — С. 21–25.

via  
scien  
tia  
rum

# дружба крепкая

## Смешанные вагиниты: клинические подходы и оптимальные методы лечения

По материалам выступлений: Виктора Евсеевича Радзинского, засл. деятеля науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патрика Лумумбы (Москва); Алины Викторовны Соловьёвой, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины того же института; Сергея Кенсариновича Зырянова, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой общей и клинической фармакологии того же института (Москва)

Автор-обозреватель: Никита Андреевич Катаев, StatusPraesens (Москва)

Смешанный вагинит — **не просто диагноз**. Это вызов, стоящий перед современным здравоохранением. В условиях постоянного роста заболеваемости и увеличения числа патогенов вызывает тревогу тот факт, что многие женщины **остаются без должного внимания и своевременной помощи**. Неправильное назначение антибиотиков и игнорирование важности микробиома только усугубляют ситуацию, вызывая рецидивы и хронизацию процесса, что негативно влияет на репродуктивное здоровье.

Эта важная тема была обсуждена в рамках 19-го Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 5–8 сентября 2024 года) на секционном заседании «*Venus vibes: женское репродуктивное здоровье*».

Открывая заседание, акад. РАН В.Е. Радзинский акцентировал внимание присутствующих на одной из наиболее актуальных проблем в сфере здравоохранения — **синдроме патологических вагинальных выделений**. Это состояние остаётся настолько многогранным, что делает каждую попытку найти оптимальное решение настоящим испытанием. Согласно статистике, жалобы пациенток на вагинальные выделения входят в тройку самых **распространённых причин обращения** к акушеру-гинекологу наряду с нарушениями менструального цикла и болевыми ощущениями в области малого таза<sup>1</sup>.

Сложности, с которыми сталкиваются специалисты на **первичном приеме**, начинаются уже на этапе контакта с пациентками. Нередко женщины не могут чётко сформулировать свои жа-

лобы и предоставить **анамнестические сведения в необходимом объёме**, испытывая личные затруднения и эмоциональные барьеры. При этом бели могут как служить единственным источником беспокойства, так и сочетаться с другими признаками — **дискомфортом, раздражением или зудом**.

Диагностика причин патологических выделений осложнена трудностями, связанными с лабораторной идентификацией возбудителей. **Микробиота влагалища** представляет собой удивительное многообразие как по видовому, так и по количественному составу<sup>2</sup>. Условно-патогенные микроорганизмы могут как присутствовать в норме, так и выступать в роли **триггеров воспаления**.

Бактерии, инфицирующие слизистые оболочки при вагинальных нарушениях, не существуют изолированно.

**[ Жалобы на вагинальные выделения входят в тройку самых распространённых причин обращения к акушеру-гинекологу наряду с нарушениями менструального цикла и болевыми ощущениями в малом тазу. ]**

[ Бактерии, инфицирующие слизистую оболочку влагалища, не существуют изолированно. Они формируют стабильные и структурно организованные консорциумы, что влечёт за собой ряд серьёзных последствий. ]



Виктор Евсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва)

Они формируют стабильные и структурно организованные консорциумы, что влечёт за собой ряд серьёзных последствий. Среди них можно выделить рост ассоциаций патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, образование биоплёнок, атипичное течение и хронизацию процесса, а также увеличение числа рецидивов. Дополнительно следует отметить, что в современном мире фиксируют как тревожный рост антибиотикорезистентности, так и существенное снижение чувствительности грибов рода *Candida* к противогрибковым азолам. Кроме того, увеличение доли *Candida non-albicans*<sup>3</sup> говорит о значимых изменениях в микробиоме и патогенных биоценозах.

Проблема патологических вагинальных выделений требует внимательного анализа. Именно от первых шагов в диагностике зависит дальнейшее ведение

пациентки. В посвящённой этому вопросу книге издательства StatusPraesens «Биоценоз влагалища. Норма. Нарушения. Восстановление» подчёркнуто, что в отличие от взятия мазка для лаборатории при микроскопии влажного препарата никаких ограничений нет. Материал, полученный в любой день цикла, после полового контакта или использования лекарственного препарата *per vaginam* накануне исследования, в любом случае несёт ценную информацию<sup>2</sup>.

## Женские секреты

При обращении женщины к врачу в первую очередь необходимо тщательно собрать анамнез<sup>1,4</sup>. Специфические детали течения заболевания играют важную роль в формировании дальнейшей тактики ведения. Ключевыми аспектами выступают время появления жалоб, описание выделений (консистенция, цвет, объём, периодичность изменений), общие симптомы, такие как лихорадка, и местные, включая боль и диспареунию, а также изменения менструального цикла. Кроме того, следует выяснить, какие диагностические исследования проходила пациентка ранее, использовала ли она антибактериальные препараты или другие медикаменты и какие методы контрацепции применяла. Важен также вопрос о частоте смены половых партнёров.

Эти данные служат ключевыми элементами в качестве дальнейшего диагностического поиска. Однако для обеспечения эффективного ведения пациенток необходим комплексный подход, учитывающий как локальные, так

и системные аспекты их здоровья. Важно обращать внимание на сопутствующие заболевания, поскольку частые обострения вульвовагинальных инфекций и их тяжёлое течение могут сигнализировать о соматических нарушениях. Например, у женщин с вагинитом врачи часто подозревают и впоследствии подтверждают наличие нарушений углеводного обмена и эндокринологических заболеваний, таких как сахарный диабет 2-го типа<sup>5</sup>.

Изменения биоценоза влагалища также наблюдаются при дефиците желез. Недостаток этого микроэлемента ассоциирован со снижением гликогена в вагинальном эпителии, что в свою очередь угнетает рост лактобактерий, изменяет уровень pH и создаёт предпосылки для дисбиоза<sup>6</sup>. К числу эндогенных факторов, негативно влияющих на влагалищную микробиоту, относят воспалительные процессы в кишечнике и состояния, связанные с угнетением иммунного ответа, такие как ВИЧ, а также приём глюкокортикоидов и цитостатиков<sup>2</sup>.

Не менее важным выступает вопрос несостоительности мышц тазового дна<sup>7</sup>. В этом состоянии женщины могут длительное время жаловаться на неявные симптомы, такие как дискомфорт в области промежности. Объективное исследование может выявить зияние половой щели — признак мышечно-фасциального дефекта, способствующего нарушению микробиоценоза. Более половины пациенток с подобными анатомическими проблемами отмечают рецидивирующие случаи вагинита. Поэтому восстановление микробиоценоза бесполезно без устранения основного механизма — коррекции мышечной недостаточности. Однако важно помнить, что сначала необходимо купировать воспаление, а затем провести хирургическую реконструкцию мышц тазового дна.

Учёт этих нюансов критически важен для успешного лечения воспалитель-

[ Важно обращать пристальное внимание на сопутствующие заболевания, поскольку частые обострения вульвовагинальных инфекций и их тяжёлое течение могут сигнализировать о соматических нарушениях. ]

ных заболеваний влагалища. Только комплексный подход даст более значимые результаты при совместной работе с профильными специалистами, способными скорректировать **фоновые изменения**.

## Неочевидное очевидное

Анамнез собран, жалобы учтены, вагинальное исследование выполнено. Однако, как отметила проф. А.В. **Соловьёва**, опора исключительно на клинические проявления не всегда приводит к верной терапевтической стратегии. В процессе обучения специалистов представления о заболеваниях часто сформированы **на классических примерах**. В то же время наличие стёртых и атипичных форм заболеваний нередко остаётся **без должного внимания**.

На сегодняшний день бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит и аэробный вагинит занимают **ведущие позиции** среди заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин<sup>1</sup>. Однако их течение нередко лишено патогномоничных признаков<sup>8</sup>. В результате различные состояния **практически неотличимы друг от друга**, если следовать верификационному пути «от синдрома к диагнозу». К тому же рост микст-инфекций лишь усугубляет неоднозначность клинической картины.

Яркий пример — **кандидозный вульвовагинит**, один из самых распространённых микозов в мире<sup>9</sup>. Однако привычная клиническая картина, включающая творожистые выделения, жжение и зуд, **не всегда встречается** в своей классической форме. На практике, особенно при хроническом течении, основными жалобами служат дискомфорт и боль во время полового акта, а при



Алина Викторовна Соловьёва, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Медицинского института РУДН им. Патрика Лумумбы (Москва)

[ **Аэробные и анаэробные бактерии, грибы рода *Candida* — основные причины патологических вагинальных выделений. Их течение часто лишено характерных признаков, поэтому они практически неотличимы друг от друга, если следовать верификационному пути «от синдрома к диагнозу».** ]

## Порядок забора биоматериала из нижних отделов мочеполовых путей женщины для микроскопического исследования

Забор биоматериала осуществляют из уретрального канала, шейки матки и влагалища. Для каждой из областей необходимо использовать **индивидуальные стерильные инструменты**. Перед началом процедуры акушер-гинеколог должен **поготовить предметное стекло**.

- **Подготовка.** Введите гинекологическое зеркало и установите его в таком положении, чтобы обеспечить наилучший обзор шейки матки и боковых сводов влагалища.
- **Забор биоматериала из цервикального канала.** Обнажите наружный зев и тщательно очистите его от вагинальных выделений с помощью ватного или марлевого тампона, чтобы предотвратить контаминацию флорой из влагалища. Введите урогенитальный зонд на глубину 1–2 см и аккуратно вращайте его несколько раз. Полученный образец равномерно нанесите тонким слоем на предметное стекло.

**NB!** *Candida* не должна определяться в цервикальном канале — это ошибка при манипуляции (контаминация).

- **Забор биоматериала из влагалища.** Используйте урогенитальный зонд или тампон для получения мазка из боковых сводов влагалища. Наносите образец тонким слоем на предметное стекло. Повторно наносить биоматериал на один и тот же участок нельзя.

- **Забор биоматериала из уретры.** После извлечения гинекологического зеркала мягко помассируйте уретру пальцем, введённым во влагалище. Удалите первую порцию выделений, затем аккуратно введите урогенитальный зонд в наружное отверстие мочеиспускательного канала на глубину 1,5–2 см и поворачивайте. Нанесите полученный образец на предметное стекло.

- **Сушка и хранение.** Высушите предметные стёкла на воздухе при комнатной температуре в течение 30 мин, затем поместите их в пластиковый контейнер с вентиляцией.

Соблюдение всех указанных правил обеспечит адекватное выполнение процедуры и **минимальный дискомфорт** для женщины.

влагалищном исследовании обычно виден лишь отёк тканей<sup>10</sup>. Что касается аэробного вагинита, специфические клинические и кольпоскопические признаки также часто отсутствуют. Снова на первый план выходят патологические выделения, зуд и жжение, а при осмотре шейки матки можно наблюдать гиперемию слизистой оболочки и признаки эндоцервицита<sup>11</sup>.

Именно поэтому у пациенток с клинической картиной неспецифических воспалительных заболеваний влагалища важную роль играют рН-метрия выделений и микроскопическое исследование<sup>12</sup>, которые помогают определить уровень кислотности влагалища и идентифицировать патогенные микроорганизмы. Однако результаты анализов зачастую приходят с задержкой, а иногда оказываются неинформативными, особенно если женщина раньше прибегала к «самолечению».

Учитывая сочетание различных патогенных микроорганизмов и сложность диагностики, следует помнить, что откладывать терапию до получения окончательных данных нецелесообразно. На первичном приёме акушер-гинеколог должен инициировать эмпирическую терапию, основываясь на клинических симптомах и анамнезе<sup>4</sup>. Это необходимо для того, чтобы не ухудшить состояние, минимизировать дискомфорт и риск осложнений. После получения результатов анализов лечение можно адаптировать в зависимости от выявленных возбудителей.

## Без промедления

Эмпирическая терапия — не произвольный выбор. Она основана на научных данных о предполагаемых инфекциях, характерных для конкретной ситуации. Клиницисты хорошо осведомлены о том, что основными возбудителями заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями

[ Ключевой шаг в терапии смешанных вагинитов — комбинированные препараты с широким спектром действия. Они обеспечивают комплексное влияние на возбудителей, включая их возможные комбинации. ]



Сергей Кенсаринович Зырянов, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой общей и клинической фармакологии Медицинского института РУДН им. Патрика Лумумбы (Москва)

В процессе лечения не следует забывать о восстановлении нормоценоза влагалища. Для этого целесообразно включить дотацию *Lactobacillus spp.* Однако, как показывает практика, некоторые женщины недостаточно мотивированы применять несколько терапевтических средств. Многие из них игнорируют назначенные пробиотики даже после настоятельных рекомендаций врача о важности поддержания оптимального уровня лактобактерий для предотвращения рецидивов воспалительных процессов. По этой причине клиницистам следует в первую очередь выбирать препараты, которые эффективно воздействуют на инфекционные агенты, не подавляя при этом нормальную микробиоту. Такой подход не только предотвращает повторное воспаление, но и ускоряет восстановление микробиоценоза влагалища.

## ИСКУССТВО КОМБИНИРОВАНИЯ

из влагалища, выступают аэробы, анаэробы, грибы рода *Candida* и их сочетанные формы.

Именно поэтому ключевым шагом в терапии становится назначение комбинированных препаратов с широким спектром действия<sup>13</sup>. Они обеспечивают комплексное влияние на предполагаемых возбудителей, включая их возможные комбинации. Научная основа выбора лекарственных средств помогает врачу действовать с высокой степенью уверенности и обоснованности, что в конечном итоге служит исключительно интересам пациентки.

[ При выборе терапии клиницисты должны в первую очередь использовать препараты, которые эффективно воздействуют на инфекционные агенты, не подавляя при этом нормальную микробиоту. ]

В заключительной части заседания клинический фармаколог проф. С.К. Зырянов указал на необходимость рассматривать вагиниты как инфекции именно смешанного характера, что, безусловно, меняет подход к их лечению. В условиях полиэтиологичности заболеваний большое значение приобретает использование локальных комбинированных антимикробных средств<sup>4</sup>, таких как «Полижинакс». Он обладает быстрым бактерицидным эффектом и обеспечивает высокую концентрацию действующих веществ в месте введения<sup>14</sup>. Кроме того, при интравагинальном введении компоненты препарата не попадают в системный кровоток, а следовательно, снижают нагрузку на организм, не вызывают нежелательных реакций и повышают приверженность лечению<sup>15</sup>.

Важно подчеркнуть значимость синергического действия антибиотиков

в комбинации «неомицин + полимиксин В + нистатин». Они дополняют и усиливают антибактериальную активность друг друга, способную существенно расширить спектр действия препарата на такие микроорганизмы, как *Atopobium vaginæ*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Mobiluncus curtisi*, *Streptococcus spp.*<sup>16,17</sup>

Показания к назначению комбинации «неомицин + полимиксин В + нистатин»:

- для местного лечения вагинальных инфекций, вызванных чувствительными микроорганизмами:
  - аэробного вагинита;
  - кандидозного вульвовагинита;
  - смешанного вагинита;
  - неспецифического вагинита;
- в качестве профилактики инфекционных осложнений в следующих ситуациях:
  - предоперационная подготовка к гинекологическим вмешательствам;
  - процедуры диатермокоагуляции шейки матки;
  - внутриматочные диагностические процедуры;
  - перед родами.

Эффективность этого комбинированного препарата регулярно изучают в клинических испытаниях. В недавнем российском исследовании МИКС<sup>18</sup> (2022–2023) приняли участие 309 пациенток с симптомами воспалительных заболеваний влагалища. Результаты оказались впечатляющими: успешность терапии составила 90% для аэробного вагинита, 89% для кандидозного вульвовагинита и 92% для смешанной инфекции. У 96% пациенток отмечено отсутствие рецидивов через 1 мес после окончания лечения. Важно подчеркнуть, что изучаемый препарат продемонстрировал **благоприятный профиль безопасности**: нежелательные реакции не были зарегистрированы ни в процессе его использования, ни в течение последующего периода наблюдения. Более 96% пациенток и врачей-исследователей выразили **удовлетворение результатами терапии**. Также интересно, что комбинация неомицина, нистатина и полимиксина В не вызывает иммуносупрессивных эффектов, что в свою очередь способствует **ускорению восстановления лактофлоры** и нормализации вагинального эпителия.



Смешанный вагинит — сложная клиническая задача, требующая от врачей не только обширных теоретических знаний, но и **гибкости в выборе** методов лечения. Лабораторная диагностика играет важную роль, однако не должна служить единственным ориентиром в терапевтическом процессе. Прежде всего необходимо сосредоточиться на женщинах и её потребностях, следуя принципу «**Лечить нужно пациентку, а не анализы!**». Только таким путём можно достичь желаемого эффекта и улучшения качества жизни, возвращая женщины здоровье и уверенность в себе. В конечном итоге главная цель — не просто избавление от симптомов, но и поддержание **полноценной и комфортной** жизни.

Библиографию см. на с. 84–86.

## Рациональная комбинация

«Полижинакс» — локальный комбинированный препарат с антибактериальным и противогрибковым действием, в состав которого входят бактерицидные антибиотики неомицин (35 000 МЕ), полимиксин В (35 000 МЕ) и антимикотик нистатин (100 000 МЕ)<sup>19</sup>.

- **Неомицин** — антибиотик из группы аминогликозидов. Активен в отношении ряда грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Неомицин необратимо связывается со специфическими рецепторами на 30S субъединице рибосом. Это нарушает синтез белков в бактериальной клетке с образованием неполноценных структур, которые воздействуют на клеточную мембрану, изменяют её проницаемость и нарушают другие жизненно важные процессы<sup>20</sup>.
  - **Полимиксин В** — полипептидный антибиотик, оказывает бактерицидное действие, связанное с нарушением целостности мембраны микробной клетки (абсорбируется на фосфолипидах мембранны, увеличивает её проницаемость, вызывает лизис бактерий). Активен в отношении *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *H. influenzae*, *Enterobacter*, к нему умеренно чувствительны фузобактерии и бактероиды (*Bacteroides fragilis*)<sup>20</sup>.
  - **Нистатин** благодаря полиеновой структуре связывается с эргостеролом клеточных мембран грибов, необратимо повреждая их (возможно, за счёт образования пор и потери клеточных макромолекул и ионов). Спектр действия нистатина включает в себя популяции не только *C. albicans*, но и *C. non-albicans*<sup>20</sup>.
- Комбинированный препарат выпускают в **гвых лекарственных формах**, имеющих одинаковый качественный и количественный состав действующих веществ. Это позволяет назначить препарат пациенткам любого возраста при вагините различной этиологии (кроме инфекций, передаваемых половым путём).
- **Капсулы вагинальные** — имеют овальную форму и предназначены только для взрослых пациенток.
  - **Эмульсия** («Полижинакс Вирго») — заключена в капсулы с заострённым вытянутым концом, который надрезают и, слегка нажимая на капсулу, вводят содержимое во влагалище. Эту инновационную форму можно использовать пациенткам любого возраста: девочкам, девушкам-подросткам, взрослым женщинам, а также девственницам<sup>21</sup>.

Курсовое лечение вагинита: 12 дней — взрослым, 6 дней — детям. Для профилактики инфекционных осложнений: 6 дней для всех пациенток. Препарат вводят интравагинально 1 раз в сутки на ночь.

Быстрому облегчению симптомов в немалой степени способствуют **вспомогательные вещества**, входящие в состав препарата, обеспечивая быстрое и равномерное распределение содержимого капсулы по воспалённой слизистой оболочке влагалища<sup>22</sup>.



# тринадцать — эмоции счастья!

## Итоги церемонии награждения лауреатов 13-й Национальной премии «Репродуктивное завтра России»

«Первый признак талантливого человека: он **радуется** чужому успеху. Он понимает, что каждая удача не отнимает, а дарит». Этой фразой известный советский драматург и сценарист Евгений **Шварц** удивительно точно охарактеризовал и сам дух премии, и её участников. В 13-й раз **на сцене были лучшие из лучших**. В 13-й раз присутствующие **в зале искренне радовались** успехам своих коллег, лауреатов. Искренне, душевно — так, как умеют только люди, **наделённые большим талантом** стоять на страже здоровья и будущего, — врачи. В качестве темы церемонии были выбраны «**эмоции**» — то, без чего **невозможно себе представить** саму сущность человека. И, немного забегая вперёд, хочется сказать, что на протяжении всего торжественного вечера **эмоций** было много — добрых, хороших, ярких, счастливых. Кто скажет, что 13 — число несчастливое? Мы готовы опровергнуть!

Во второй раз площадкой для проведения церемонии награждения лауреатов стал **Зимний театр**, сцена которого не раз была свидетелем триумфа лучших музыкальных и театральных коллективов страны, фестивалей, концертов и спектаклей. Удивительно органично «Сочинские контраперсии», а вместе с ними и премия «Репродуктивное завтра России» вписались **в атмосферу** этого

вдохновляющего места, которому в ноябре 2025 года исполнится уже 88 лет. Весь вечер **живую музыку** собравшимся дарил звёздный состав музыкантов оркестра **«Жизнь прекрасна»** под управлением лауреата премии «Овация» маэстро Олега **Михайлова**. Исполнители очень тонко прочувствовали интонацию мероприятия, воплотив свои эмоции в репертуаре. Не случайно в качестве лейтмотива церемонии была выбрана «Песенка военных корреспондентов», написанная в суровые годы Великой Отечественной войны. Это своего рода **дань памяти** всему поколению Победителей, советскому народу, не сломившемуся перед фашистской агрессией. А ещё она о тех, кто своим трудом вдохновлял и воинов на передовой, и тружеников тыла, — о служителях Слова. Журнал StatusPraesens — это ведь тоже о профессиональном слове для вдохновения врачей.

Призом в номинации **«Лучший перинатальный центр»** был отмечен коллектив **Алтайского краевого клинического перинатального центра** (Барнаул). Интересно, что это учреждение многократно входило в тройку лидеров по версии МАРС, нынешняя победа — результат кропотливой работы и высокого профессионализма каждого сотрудника.







Номинация **«Подвижничество»**. За верность профессии, новаторство, большой педагогический и организаторский талант, научную смелость и веру в успех награждена докт. мед. наук, проф., засл. деятель науки РФ, зав. отделом медицинской микробиологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, проф. Алевтина Михайловна **Савичева** (Санкт-Петербург). Ещё одним лауреатом в этой номинации стала канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии им. акад. Г.Н. Сперанского Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Ирина Владимировна **Бережная** (Москва). За плечами Ирины Владимировны 31 год клинической работы, 13 лет преподавания. А сколько смысла и любви в её словах: «Лечить детей — самая благодарная работа»!

В номинации **«Добрые руки»** призом отмечен большой вклад в развитие системы партнёрских родов в нашей стране, профессионализм и любовь к делу всей жизни докт. мед. наук, засл. врача РФ, зав. родильным стационаром Московского областного центра охраны материнства и детства Татьяны Николаевны **Мельник** (Люберцы).

«Прежде чем стать преподавателем **медицины**, нужно стать врачом. А став преподавателем — нужно остаться врачом». Так очень точно охарактеризовала свою работу лауреат премии в номинации **«Несущие свет»** докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики Уральского государственного медицинского универ-

ситета (Екатеринбург) Татьяна Анатольевна **Обоскалова**. За более чем 47 лет в профессии Татьяна Анатольевна стала автором свыше 250 научных трудов, наставником для соискателей на звание кандидатов и докторов наук, учителем и, что для нас особенно ценно, неизменным участником научных мероприятий StatusPraesens и МАРС.

Призом в номинации **«Династия»** награждена Елена Генриховна **Нередько** — канд. мед. наук, зам. главного врача по клиническо-экспертной работе, экспертизе временной нетрудоспособности Ставропольского краевого клинического перинатального центра (Ставрополь). Сыновья и невестки Елены Генриховны тоже трудятся врачами в родном крае, с честью продолжая хорошую семейную традицию — стоять на страже здоровья людей.

Статуэтку в номинации **«Первый врач»** получил Дмитрий Сергеевич **Додров** — анестезиолог-реаниматолог, зам. главного врача по педиатрии Екатеринбургского клинического перинатального центра (Екатеринбург). Совместно с коллегами Дмитрий Сергеевич внедрил систему тренингов по реанимации новорождённых для всего среднего и высшего медицинского персонала, а также разработал систему учёта неблагоприятных событий внутри лечебного заведения.

В номинации **«Спасающий жизни»** победителем стал врач-неонатолог, зав. реанимационно-консультативным центром новорождённых Московского областного перинатального центра Александр Владимирович **Поволоцкий** (Балашиха). В числе не-

сомненных достижений лауреата и членов его команды — оптимизация выездной службы, совершенствование логистики и сокращение времени реагирования в экстренных ситуациях с 4 ч до 1 ч 10 мин.

Премией в номинации «На страже женского здоровья» отмечен большой и славный трудовой путь докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования Приволжского исследовательского медицинского университета (Нижний Новгород) Надежды Юрьевны Катковой. Целая плеяда её учеников трудится буквально во всех уголках страны — от Мурманска до Камчатки, а многочисленные пациентки с большим теплом и уважением говорят о мастерстве своего доктора. «Если моя преданность делу сможет служить маяком для молодых врачей — я буду гордиться». Так о своей работе говорит лауреат премии в номинации «Мастерство» врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №1 перинатального центра Воронежской областной клинической больницы №1 (Воронеж) Галина Павловна Бубнова.

Несмотря на то что номинация «Призвание — врач» в полной мере может быть отнесена буквально к каждому специалисту (невозможно в нашей профессии иначе!), попечительский

совет премии всё же выбрал лауреата. Им стала руководитель неонатального стационара Городской клинической больницы №67 Департамента здравоохранения г. Москвы, канд. мед. наук Анна Львовна Карпова, внесшая большой вклад в обучение коллег, создание программ тренингов и расширение прогрессивного практического опыта.

Победители премии получили изысканные статуэтки — яблоко из бронзы и мельхиора, созданное мастерами ювелирного бюро AlekseevskayaART (Воронеж).

Помимо основных, были ещё и спецноминации, лауреатами которых стали:

- перинатальный центр Краевой клинической больницы №2 (Краснодар);
- Юлия Алексеевна Колода, канд. мед. наук (Москва);
- Виктория Игоревна Штыфорук (Комсомольск-на-Амуре);
- Татьяна Викторовна Буркова, канд. мед. наук (Барнаул);
- Екатерина Сергеевна Сафиуллина (Первоуральск);
- Баярма Баировна Тудупова, канд. мед. наук (Улан-Удэ).

За плечами каждого «спецлауреата» большой труд, умение организовать работу своего коллектива, активная жизненная позиция и, конечно, любовь к делу своей жизни.

На протяжении всей церемонии участники делились своими эмоциями. Одна из них оказалась очень трогательной и неожиданной. Татьяна Анатольевна Обоскалова поделилась со всеми собравшимися в зале стихотворением, которое написала, ещё обучаясь в ординатуре.

**Слова из самого сердца!**

\*\*\*

У нас с тобой нелёгкая работа,  
Сложнее и серьёзней — не сыскать.  
Влечёт она романтикой кого-то,  
А надо просто сердце ей отдать.

А надо просто помнить тех, кто рядом.  
И чувствовать друзей своих плечо.  
Работать не за деньги и награды,  
В успех далёкий верить горячо.

Как бесконечно тянется дежурство,  
И как порою страшно устаёшь,  
Но каждый день с таким прекрасным  
чувством,  
Что людям нужен, гордо ты идёшь.

И вновь ты твёрдо держишь скальпель  
чуткий,  
И вновь, сияя в солнечных лучах,  
Рождённый мамой только что малютка  
У акушера доброго в руках.

За что же мы, мой друг, с тобой в ответе?  
За жизнь, здоровье, за звенящий смех,  
За то, чтоб на земле рождались дети  
И чтоб хватало радости на всех.

\*\*\*

Год за годом премия обретает не только свою значимость среди практикующих врачей, но и настоящих друзей — партнёров.



Больше фото  
тут

## Золотой партнёр премии



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

**Gedeon Richter/«Гедеон Рихтер»** стремится стать мировым новатором в ключевых для себя научных областях, в то же время уделяя особое внимание вопросу доступности лекарственных средств для широкого круга пациентов в разных странах. Основанная в 1901 году со штаб-квартирой в Венгрии, компания на данный момент является крупным научно-исследовательским центром в Центральной Европе. По итогам 2024 года рыночная капитализация «Гедеон Рихтер» составляет 4,7 млрд евро, объём продаж 2,2 млрд евро.

Исследователи компании способствуют поиску прорывных решений в области женского здоровья и нейропсихиатрии, а биотехнологии и лекарственные препараты направления «общая медицина» укрепляют портфолио доступных методов лечения. Придерживаясь принципов устойчивого развития, «Гедеон Рихтер» инвестирует в научные разработки, совершенствование производства и цифровизацию, чтобы медицинские инновации становились реальностью.

Среди активов «Гедеон Рихтер» — завод в России, открытый в 2001 году и ставший первой иностранной производственной площадкой компании.

По итогам ежегодного рейтинга влиятельности «Фармацевтического вестника» «Гедеон Рихтер» уже несколько лет подряд входит в ТОП-10 самых влиятельных иностранных производителей России. По данным IQVIA за 2024 год, «Гедеон Рихтер» входит в ТОП-10 компаний фармацевтического розничного рынка в рублёвом выражении.

«Неделя женского здоровья «Гедеон Рихтер»» — социальный проект, который компания проводит ежегодно в третью неделю апреля. Его цель состоит в формировании у российских женщин культуры заботы о своём репродуктивном здоровье, а также в их информировании о необходимости регулярного посещения специалиста по женскому здоровью. Символ проекта — гербера, цветок, который принято дарить тем, к кому испытываешь восхищение.



## ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

В 2025 году «Неделя женского здоровья «Гедеон Рихтер» прошла в десятый раз. Значимыми активностями стали:

**Ежегодное исследование «Индекс женского здоровья «Гедеон Рихтер».** Компания продолжает изучать отношение россиян к теме репродуктивного здоровья среди различных демографических групп. В 2025 году совместно с Аналитическим центром НАФИ компания опросила 3000 респондентов — мужчин и женщин, чтобы узнать, как россияне говорят о репродуктивном здоровье, и сравнить динамику изменений в восприятии этой важной темы за последние годы;

**Премия «Вслух».** 8 апреля 2025 года «Гедеон Рихтер» в партнёрстве с медиабрендом The VOICE объявила победителей второй премии «Вслух» — просветителей в области женского здоровья, которые умеют говорить о важном грамотно и бережно;

**«Вечные ценности».** В рамках «Недели женского здоровья «Гедеон Рихтер» компания реализует проекты по восстановлению былой красоты и «здоровья» женских образов в музеях России. В 2025 году в Ростовском областном музее изобразительных искусств завершилось восстановление картины Николая Беккера «Портрет дамы с красной шалью» 1913 года, а в Ярославском художественном музее была отреставрирована картина Ивана Семёновича Куликова «Боярышня (Убор невесты)» 1911 года.

## Серебряный партнёр премии



В числе новых партнёров премии один из **крупнейших отечественных фармпроизводителей** — компания «Биннофарм Групп».

Главная **цель** компании — в тесном сотрудничестве с медицинским сообществом обеспечить доступными и качественными лекарственными средствами каждого пациента.

В портфеле компании свыше пятисот наименований лекарственных средств, половина из них входят в ЖНВЛП.

Продукция «Биннофарм Групп» экспортируется в 14 стран мира, компания имеет свои представительства в Китае и Вьетнаме.

2025 год стал **знакомым этапом**: компания начала работу с гинекологическими препаратами. Это позволит в полной мере **реализовать миссию**: обеспечить врачей спектром доступных и исследованных лекарственных средств, необходимых для поддержания здоровья женщины на всех этапах её жизни — от юности до зрелости.

Компания стремится **создавать будущее**, в котором прекрасная половина человечества сможет жить полной, активной жизнью, сохраняя своё здоровье и не опасаясь за расходы на необходимое лечение. Для благополучия каждой женщины!

В этом году «Биннофарм Групп» представляет **номинацию** «Спасающий жизни».

## Партнёры номинаций



Pharmaceutical Distributor

Ещё один давний и надёжный партнёр премии — **ООО «Мьюз Медиа»**, компания, основанная в 2017 году **Александром Черниченко**, в прошлом профессиональным спортсменом и мастером спорта международного класса в греко-римской борьбе. В этом году компания поддержала **номинацию «На страже женского здоровья»**. «Мьюз Медиа» — **эксклюзивный** поставщик в РФ продукции NOW FOODS, MRM Nutrition и Webber Naturals — известных мировых лидеров по производству высококачественных, инновационных натуральных продуктов для здорового образа жизни и правильного питания. Став несколько лет назад **побе-**

**дителем** Всероссийского открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция», компания по-прежнему держит высокую планку **качества продукции и инноваций** в области поддержания здоровья россиян.

NOW FOODS выпускает более 3,5 тыс. наименований продукции, из них около 900 БАД, признанных более чем в 80 странах мира. Производственные мощности компании располагаются в штате Иллинойс (США), имеют **сертификаты GMP** и регулярно проходят контроль FDA на соответствие всем необходимым требованиям.

В активе компании MRM Nutrition три категории БАД для реализации **стратегии высококачественного** питания различных групп потребителей: для поддержания общего самочувствия, для высоких спортивных достижений, для веганов и вегетарианцев.

**Sesame Street** от Webber Naturals — это новая, эксклюзивная линейка добавок для детей, которая давно зарекомендовала себя в Канаде. Каждая баночка состоит из сочных мармеладок с тремя разными вкусами, которые точно понравятся детям.

Среди целей и задач «Мьюз Медиа» — популяризация **ответственного отношения** к своему здоровью, внедрение **простых и действенных** решений для улучшения качества и продолжительности жизни.



Номинацию **«Мастерство»** поддержала компания **Bionorica**, на протяжении многих лет активно участвующая во всех мероприятиях «Сочинских контраверсий». На протяжении **более 90 лет** компания видит своей миссией разработку растительных препаратов в разных терапевтических областях, тщательно изучая и раскрывая **целебный потенциал растений**, предлагающая врачам и пациентам надёжные, действенные и безопасные средства для восстановления и поддержания здоровья. Многочисленный штат сотрудников компании в разных странах мира работает над исследованием **состава и свойств растений**, селекцией перспективных видов, культивированием и бережной заготовкой природного сырья для лекарств. В основе успеха компании лежит внедрение в практику уникального принципа **«фитониринг»**.

В 2002 году Bionorica инициировала важную социально-просветительскую программу под названием **«Обследуй себя и оставайся здоровой»**. Целью акции стало привлечение внимания женщин к проблеме заболеваний молочных желёз, к необходимости периодического обследования груди и бережного отношения к своему здоровью, обучение их приёмам самообследования молочных желёз. В мероприятия программы вовлечены ведущие специалисты в области маммологии и онкологии, что увеличивает её практическую значимость и популярность.



Дебютантом в качестве партнёра премии выступила компания **ООО «Солгар Витамин»** — производитель нутриентов премиум-класса с **историей бренда более 75 лет**. Компания представила номинацию **«Призвание — врач»**. ООО «Солгар Витамин» одной из первых в России начала **развивать культуру** приёма нутриентов, обеспечивая потребителей и специалистов здравоохранения **достоверной информацией** в рамках доказательной медицины о высококачественных инновационных продуктах компании, особенностях их производства, опыте применения и, конечно, широкой линейкой самих нутриентов для решения самых разных клинических задач. Формирование **доверия** к натуральной продукции компании лежит в основе миссии бренда, а основная цель работы на протяжении всех лет истории неизменна — сохранность здоровья будущих поколений.



*Каждый раз, планируя новую церемонию вручения премии, оргкомитет испытывает смешанные чувства. Да, мы абсолютно **точно знаем**, что премия стала любимой и востребованной врачами. Это очень радостно и даёт нам всем понять, что движемся в верном направлении. Мы **совершенно уверены**, что заветные статуэтки оказываются в руках достойнейших из достойных, хотя выбор попечительского совета всегда не прост. В то же время, обдумывая, какой будет очередная церемония, мы **волнуемся**, ведь искренне хотим, чтобы всё происходящее нашло отклик в сердцах каждого участника. Простые человеческие эмоции, которыми наполнена жизнь. Давайте помнить об этом. Тринадцатая (прочь суеверия) церемония позади, готовимся к новой встрече!*

*Представляю вам приветственное слово от организаторов премии. Это оценка в радостном дайте наше импонию, что движемся в верном направлении. Мы совершенно уверены, что заветные статуэтки оказываются в руках достойнейших из достойных, хотя выбор попечительского совета всегда не прост. В то же время, обдумывая, какой будет очередная церемония, мы вспоминаем, какую историю мы хотим оставить в её памяти.*

ОЧНО



10-Й МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФОРУМ  
**МЕДИЦИНА**  
**МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

22-24 МАЯ 2026



ПРИГЛАШАЕМ  
К УЧАСТИЮ

**Место проведения**

Москва, пл. Евразии, д. 2,  
отель «Рэдиссон Славянская»



+7 (495) 109 2627,  
8 (800) 600 3975



# StatusPraesens

Для библиографических ссылок

- Ших Е.В., Катаев Н.А. Сохранение баланса человеческого микробиома // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №5 (122). — С. 37–42.

# весь океан в капле

## Сохранение баланса человеческого микробиома



**Авторы:** Евгения Валерьевна **Ших**, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., директор Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, зав. кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского того же университета; Никита Андреевич **Катаев**, StatusPraesens (Москва)

Органы и ткани человеческого организма содержат невероятную вселенную — **микробиом**. Триллионы «жителей» — бактерии, вирусы, грибы, археи<sup>1</sup> — населяют этот невидимый мир, создавая **сложную сеть** взаимодействий. Внутри этой экосистемы царят собственные правила существования. Микроорганизмы не просто соседствуют друг с другом — они ведут **активную социальную жизнь**: обмениваются сигналами, вступают в конкуренцию и образуют альянсы. Подобно обитателям мегаполиса, они организовывают сообщества, где каждому отведена **определенная функция**.

Любое изменение состава микробиома может запустить каскад реакций, приводящих порой к **серьёзным проблемам**. Инфекции, воспаление и нарушения репродуктивной функции — всё это демонстрирует **уязвимость системы**, которая, несмотря на незначительные размеры, способна воздействовать на состояние всего организма.

Современная наука обнаруживает всё новые взаимосвязи между **микробиомом и здоровьем** человека. Каждое открытие приподнимает занавес на механизмы, ранее недоступными для понимания, а также помогает находить пути к решению давних медицинских проблем, во многом **порождённых деятельностью** самого человека.

**М**икробиом — сложная сеть микроорганизмов, распределённая по **различным анатомическим областям** человеческого тела. Она формирует **уникальные сообщества** в желудочно-кишечном тракте, влагалище, на кожном покрове, в ротовой полости, дыхательных и мочевых путях<sup>2</sup>. Примечательно, что распределение микробных популяций **неравномерно**: около 70–80% всех микроорганизмов сосредоточено в пищеварительной системе, тогда как урогенитальный тракт населён лишь примерно **9% от общего числа**, а остальные локусы содержат ещё меньшее количество обитателей<sup>3</sup>.

Каждая область тела человека обеспечивает **необходимые условия** для своего биоценоза. Анатомические особенности, степень взаимодействия с внешней средой, наличие определённых метаболитов и характер **биохимических процессов** формируют неповторимую среду для развития микробиоты.

Состав этих микробных сообществ отражает специфику симбиотических отношений в конкретном органе и зависит от влияния **множества внешних факторов**, таких как климатические условия, особенности питания, образ жизни и даже социальное окружение человека.

**[ Распределение микробных популяций неравномерно: 70–80% всех микроорганизмов сосредоточено в пищеварительной системе, тогда как урогенитальный тракт населён лишь примерно 9% от общего числа. ]**

## Загадки внутренней колонизации

Формирование биоценоза **желудочно-кишечного тракта**, вероятно, стартует ещё в перинатальный период<sup>4</sup>. При этом очень многое зависит от метода **родоразрешения** — у новорождённых после вагинальных родов микробиота существенно отличается от таковой у детей, рождённых с помощью кесарева сечения<sup>5</sup>.

В первые дни жизни разнообразие кишечного биоценоза ограничено. **По мере взросления** ребёнка популяция

микроорганизмов постепенно обогащается и стабилизируется. К 2,5 года она начинает напоминать таковую у взрослых, а к 5-летнему возрасту практически полностью ей соответствует<sup>6</sup>. На окончательное формирование влияют как внутренние физиологические условия, так и внешние факторы, особенно **характер питания**. Этим можно объяснить разнообразие качественного состава микробиоты у представителей рас и этносов, проживающих в различных географических и социально-экономических условиях<sup>7</sup>.

В кишечнике **здоровых людей** доминируют бактерии, которые по видо-

вому и количественному разнообразию превосходят все остальные анатомические области. Из более чем **1000 видов микроорганизмов** основу составляют четыре типа бактерий: *Firmicutes* (включающие *Clostridium* и *Lactobacillus*), *Bacteroidetes* (бактероиды и превотеллы), *Actinobacteria* (преимущественно бифидобактерии) и *Proteobacteria* (в том числе *Escherichia coli*)<sup>8</sup>.

Биоценоз кишечника активно участвует в работе **иммунной системы**, метаболизме питательных веществ, обеспечении барьерной функции слизистой оболочки пищеварительного тракта и регуляции моторики<sup>9</sup>. Он также влияет на функционирование отделов **вегетативной нервной системы**<sup>10</sup>. Кроме того, соотношение бактерий *Firmicutes* и *Bacteroidetes* используют для оценки состояния микробиома при **ожирении**<sup>11</sup>.

Многочисленные исследования выявили связь между микроорганизмами кишечника и различными расстройствами. Установлены ассоциации с **онкологическими заболеваниями**, неврологическими, психическими и когнитивными нарушениями, включая болезни Паркинсона и Альцгеймера<sup>12–14</sup>. **Нездоровый образ жизни** — низкая физическая активность, неправильное питание и вредные привычки — способен существенно изменить состав кишечного биоценоза<sup>15</sup>.

## Тайная жизнь

В функционировании микробиома можно выделить три ключевых аспекта<sup>4</sup>.

- **Базовые процессы** включают механизмы, необходимые для жизнедеятельности микроорганизмов, такие как производство энергии и синтез структурных компонентов.
- **Взаимодействие с окружающей средой**. Микробиом активно проявляет своё участие в обменных процессах, производя соединения, важные для метаболизма.
- **Специализированные процессы** (например, участие в пищеварении). Помимо этого микробиом выполняет ряд важных симбиотических функций.
- **Метаболизм**. Кишечный биоценоз играет ключевую роль в **обмене белков и углеводов**<sup>18</sup>. Примечательно, что состав и активность микробиома зависят от питания: при изменении рациона меняется соотношение вырабатываемых веществ. Кроме того, некоторые бактерии участвуют в переработке пектинов и продукции короткоцепочечных жирных кислот с иммуномодулирующим действием<sup>19</sup>.
- **Детоксикация** реализована через воздействие микроорганизмов на экспрессию генов и работу ферментов, участвующих в элиминации вредных веществ<sup>20</sup>.
- **Терморегуляция** — участие бактерий в расщеплении гликопротеидов и полисахаридов способствует выделению тепла<sup>21</sup>.
- **Синтез витаминов** осуществляют преимущественно кишечные популяции, которые производят различные важные микронутриенты<sup>22</sup>.
- **Защитная функция**. Нормальная микробиота синтезирует низкомолекулярные вещества, обладающие бактерицидным действием (такие как микропин и колицин)<sup>23</sup>.
- **Иммуномодуляция** происходит благодаря выделению бактериями веществ, влияющих на гуморальный иммунитет и клеточные реакции. Микробиота также способствует активации лимфоидных клеток для последующего синтеза иммуноглобулинов и цитокинов<sup>24</sup>.

## Зашитники генитального тракта

Микробиота **женского репродуктивного тракта** преимущественно состоит из бактерий четырёх основных типов: *Firmicutes* (в том числе *Lactobacillus*), *Actinobacteria*, *Bacteroidetes* и *Fusobacteria*<sup>16</sup>. С наступлением полового созревания во влагалище происходит формирование особой экосистемы, где доминирующую позицию занимают **молочнокислые палочки**. Этот процесс тесно связан с повышением уровня эстрогенов, которые стимулируют утолщение вагинального эпителия и активизируют выработку слизи и гликогена<sup>17</sup>.

**Успешная колонизация** *Lactobacillus* напрямую зависит от состояния эпителиоцитов. Молочнокислые палочки способны эффективно прикрепляться **только к зрелым**, но ещё не утратившим

[ Микробиота женского репродуктивного тракта преимущественно состоит из бактерий четырёх основных типов: *Firmicutes* (в том числе *Lactobacillus*), *Actinobacteria*, *Bacteroidetes* и *Fusobacteria*. ]



ядра клеткам<sup>25</sup>. Важную роль в этом процессе играет **гликоген**, который при нормальном уровне половых гормонов накапливается в эпителии и после его обновления служит источником питания для лактобактерий<sup>26</sup>.

Существенный прорыв в изучении механизмов взаимодействия *Lactobacillus* с вагинальным эпителием связан с изучением особых белковых соединений — **пилей** (ворсинок). Эти нитевидные образования, хотя и различаются у разных видов микроорганизмов, имеют схожую базовую структуру<sup>27</sup>. Особенно подробно исследованы пили *Lacticaseibacillus rhamnosus*, состоящие из трёх субъединиц SpaA, SpaB и SpaC. Каждая из них выполняет **свою функцию**, причём адгезин SpaC демонстрирует особое сродство к муцину и коллагену слизистой оболочки влагалища, обеспечивая **прочное (вязывающее)** с эпителиальными клетками<sup>28</sup>.

Ключевая миссия лактобактерий — **сохранение стабильности** вагинальной микробиоты. Они создают оптимальную среду посредством выработки **молочной кислоты** и **перекиси водорода**, поддерживая уровень **pH ниже 4,5**. Благодаря этим свойствам и производимым ферментам с бактерицидными действиями *Lactobacillus* формируют надёжный защитный барьер слизистой оболочки влагалища<sup>4</sup>.

## Корни дисбиоза

Микробное сообщество человека, обладая удивительной способностью к адаптации, подвержено множеству **экзогенных факторов**. Лекарственные средства занимают особое место. Среди них гипогликемические препараты<sup>29</sup>, ингибиторы протонной помпы<sup>30</sup> и, конечно, **антибиотики**. Все они, безусловно, спасли миллионы жизней, существенно снижая при этом **разнообразие микробиома**.

Для акушера-гинеколога огромное значение имеет тот факт, что существующие антимикробные средства,

**[ Ключевая миссия лактобактерий — сохранение вагинальной микробиоты. Они создают оптимальную среду посредством выработки молочной кислоты и перекиси водорода, поддерживая уровень pH ниже 4,5. ]**

назначаемые при вульвовагинитах, инфекциях, передаваемых половым путём, и нарушениях биоценоза, неизбежно затрагивают и **популяцию лактобактерий**. За снижением разнообразия за счёт молочнокислых палочек неумолимо следует рост ответственных за **дисбиотические процессы** анаэробов — *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Prevotella spp.*, *Fannyhessea* (ранее *Atopobium*) *vaginae*.

За 70 лет исследования синдрома вагинального дисбиоза, чаще всего называемого в XXI веке **«бактериальный вагиноз»** (БВ), вопросов только прибавилось. БВ традиционно описывают как **полимикробный невоспалительный синдром**<sup>4,31</sup>, но меньшинство специалистов, начиная с впервые описавшего это состояние американского эксперта Германа Гарднера (Herman Gardner), подчёркивают **ведущую роль гарднерелы** в его развитии. В свою очередь установлено, что колонизация влагалища этими коккобациллами сопряжена с выработкой провоспалительных цитокинов<sup>32</sup>.

В апреле 2025 года группа испанских специалистов предложила список из ни много ни мало 10 характеристик, определяющих БВ<sup>33</sup>.

- Дисбиоз.
- Воспаление.
- Апоптоз.
- Ощелачивание pH.
- Нарушение целостности слизистого барьера.
- Активация сигнальных путей.
- Повреждение эпителия.
- Геномная нестабильность.
- Оксидативный стресс.
- Перестройка метаболизма.

С другой стороны, исследователи под руководством Александра Свид-

**[ Предупредить бактериальный вагиноз проще, чем бороться с ним впоследствии. Именно поэтому целесообразно использовать средства, по возможности обеспечивающие сохранность пула лактобактерий. ]**

зинского (Alexander Swidsinski) подчёркивают **синдромальный характер БВ** — это состояние включает не только биоплёночный вагиноз, когда условно-патогенные микроорганизмы покрывают эпителий, но и **иные дисбиотические изменения**, наблюдаемые в отдельном из влагалища, которые ещё предстоит охарактеризовать в деталях<sup>34</sup>.

Предупредить **возникновение БВ** гораздо проще, чем бороться с ним впоследствии — именно поэтому целесообразно использовать антибактериальные средства, по возможности обеспечивающие **сохранность пула лактобактерий**.

## Сохранить хрупкий баланс

Установлено, что большинство представителей семейства *Lactobacillaceae* чувствительны к **системному действию антибиотиков**, таких как ампициллин, амикацин, цефазолин и цефотаксим. Реакция на ванкомицин, гентамицин, эритромицин, цiproфлоксацин и тетрациклин варьирует. Кроме того, длительная терапия рифампицином (продолжительностью 6 мес) также приводит к снижению количества лактобактерий<sup>4</sup>.

Исследования демонстрируют устойчивость *Lactobacillus* к **метронидазолу**<sup>35</sup>. Этот препарат эффективно подавляет рост анаэробных бактерий и простейших, а также оказывает **убийственное действие** на факультативные анаэробы, включая *G. vaginalis*. Несмотря на принадлежность лактобактерий к этой же группе микроорганизмов, их численность после воздействия метронидазола **остаётся стабильной**<sup>36</sup>.

Реакция молочнокислых палочек на **клиндамицин** демонстрирует существенные различия. Высокую чувствительность проявляют *L. crispatus* (100%), *L. jensenii* (96%) и *L. iners* (67%), тогда как *L. gasseri* имеют относительную устойчивость, теряя лишь 27% популяции<sup>37,38</sup>.

**Макролиды**, используемые при лечении хламидийной инфекции, демонстрируют вариабельность воздействия на разные виды лактобактерий. *L. crispatus*, *L. jensenii* и *L. gasseri* обладают низкой устойчивостью, погибая даже при низких концентрациях препарата. Однако *L. iners* выделяется среди остальных видов, **сохраняя жизнеспособность** при значительном увеличении дозы<sup>39</sup>.

**Бесконтрольное и нерациональное** назначение антибиотиков создаёт опасность для организма, отражаясь в конечном итоге на состоянии его микробиома. Важно также учитывать проблему **антибиотикорезистентности**, которая за последние десятилетия приобрела крупномасштабный характер. Патогенные микроорганизмы быстро адаптируются к антибиотикам, развивая к ним устойчивость, и становятся настоящей проблемой для здравоохранения на глобальном уровне. Каждый необоснованный, некорректный и запоздалый курс антибиотикотерапии усугубляет ситуацию, способствуя формированию **биологических плёнок** и возникновению **«супербактерий»**, что делает стандартные методы лечения неэффективными<sup>40</sup>.

В контексте вышеописанных проблем возникает необходимость поиска **оптимальной альтернативы** традиционным препаратам в лечении инфекционных заболеваний у женщин. В последние годы особое внимание уделяют **антисептическим** средствам. Одним из наиболее перспективных препаратов в этой категории выступает **деквалиния хлорид**, известный на отечественном рынке под торговым названием «Флумизин». Этот местный антисептик демонстрирует значительные преимущества в терапии вагинальных инфекций, предлагая **эффективный и безопасный подход** к лечению<sup>41</sup>.

Деквалиния хлорид демонстрирует широкий спектр антимикробной активности, обеспечиваемой **несколькоими механизмами действия**. Первый основан на митохондриотропных свойствах, которые вызывают истощение ДНК и нарушение энергетического метаболизма в клетках, что в свою очередь **останавливает синтез белка** на уровне рибосом. Второй важный механизм заключается в увеличении проницаемости клеточных мембран, которое вызывает **утрату активности ферментов** и лизис микробной стенки<sup>42</sup>. При этом

его действие распространяется не только на сами микроорганизмы, но и на **биоплёнки**, что повышает эффективность деквалиния хлорида в ситуациях, где другие лекарственные средства не справляются<sup>43</sup>. Исследования показывают, что он также увеличивает чувствительность инфектов к другим препаратам<sup>44</sup> и **замедляет процесс мутагенеза** бактериальных клеток<sup>45</sup>, что дополнительно усиливает его антимикробные свойства и позволяет предотвратить резистентность патогенов, в том числе и к антибактериальным веществам.

Деквалиния хлорид, представляя собой **соединение четвертичного аммония**, эффективно борется как с анаэробными, так и с аэробными микроорганизмами<sup>42</sup>,

включая *G. vaginalis*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, стафилококки, стрептококки и *E. coli*. Кроме того, этот антисептик обладает активностью **против грибов** рода *Candida*, таких как *C. albicans* и *C. glabrata*. Широкий спектр действия деквалиния хлорида подтверждён множеством клинических исследований, демонстрирующих его эффективность, сопоставимую с традиционными средствами, при существенно лучшей переносимости<sup>46,47</sup>.

**Отсутствие системного воздействия** на организм делает этот препарат особенно привлекательным для лечения вагинальных инфекций. **Локальное действие** минимизирует риск негативного влияния на кишечник, сохраняя его здоро-

**[ Уже давно возникла необходимость поиска альтернативы традиционным препаратам в лечении инфекционных заболеваний у женщин. В последние годы особое внимание уделяют антисептическим средствам. ]**

## Их много... Они везде

Биоценоз **ротовой полости** включает более 600 видов микроорганизмов, среди которых главные группы представлены *Firmicutes*, *Bacteroidetes*, *Proteobacteria*, *Actinobacteria*, *Spirochaetes* и *Fusobacteria*. Индивидуальные факторы, включая возраст, питание и место проживания, также влияют на характеристики популяций, которые могут изменяться в течение жизни<sup>48</sup>.

Верхние **дыхательные пути** имеют стабильную резидентную флору. Среди них преобладают *Actinobacteria* (*Propionibacterium*, *Corynebacterium*) и *Firmicutes* (*Staphylococcus*), которые помогают предотвращать рост патогенных инфектов и их проникновение в лёгкие. В отличие от них, нижние дыхательные пути характеризуются более динамичным составом, который определяется балансом миграции и удаления микроорганизмов<sup>49</sup>.

**Кожный покров** имеет широкий состав флоры, который зависит от окружающей среды, включая температуру и влажность. На её поверхности преобладают бактерии типов *Actinobacteria*, *Firmicutes*, *Proteobacteria* и *Bacteroidetes*, а также грибы (*Malassezia*) и клещи (*Demodex*). Значительное влияние на рост микроорганизмов оказывают пол и возраст, метаболические и гормональные особенности, род профессиональной деятельности, характеристики одежды, средства личной гигиены и частота их использования<sup>50</sup>.

Микробиота присутствует в **глазах**, а именно в роговице, склере и конъюнктиве. В основном состав представляют 12 родов микроорганизмов, включая *Pseudomonas*, *Bradyrhizobium*, *Propionibacterium*, *Acinetobacter* и *Corynebacterium*. Установлено, что разнообразие состава может отличаться у детей и взрослых<sup>51</sup>.

Современные данные подтверждают разнообразие микробиоты в **мочевых путях**, которая представлена *Lactobacillus*, *Corynebacterium*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Anaerococcus* и рядом других микроорганизмов<sup>52</sup>.

## От дискомфорта к комфорту

Наряду с лечением вагинитов важно уделять особое внимание вопросу **дискомфорта в аногенитальной области**, который нередко сопровождает воспалительный процесс влагалища. Неприятные проявления, такие как зуд и сухость, делают жизнь пациенток менее комфортной<sup>62</sup>. Помимо инфекционных заболеваний, причиной часто выступает **неправильная интимная гигиена** в период лечения, которая включает чрезмерное использование дезинфицирующих средств, а также талька и антиперспирантов с отдушками. Эти вещества могут **нарушать естественный гидролипидный баланс**, что приводит к повреждению слизистой оболочки и увеличению чувствительности ткани к аллергенам и инфекциям<sup>63</sup>.

В условиях разрушительного **воздействия внешних факторов** необходимо искать эффективные решения для избавления от неприятных ощущений и восстановления комфорtnого уровня жизни. В этом контексте хорошо изучен интимный гель «Папилокаре», обладающий **увлажняющим и регенерирующим** свойствами. Этот продукт не только обеспечивает бережное воздействие на ткани, но и способствует ускорению **заживления мелких повреждений**, снижая дискомфорт и помогая восстановить естественные функции.

Активные компоненты геля (**гиалуроновая кислота** и **β-глюкан**) заключены в **никосомы** — микроносители, которые обеспечивают надёжную защиту кожного покрова и слизистых, а также значительно улучшают эффективность взаимодействия состава с тканями. В дополнение к этому экстракт центеллы азиатской, содержащийся в **фитосомах**, стимулирует регенерацию и повышает защитные свойства кожи<sup>64</sup>.

[ Успешное лечение требует подхода, который включает не только устранение причин инфекционно-воспалительных процессов, но и восстановление микробиоты, а также коррекцию иммунных нарушений. ]

вье и функциональность. В отличие от традиционных препаратов, которые могут всасываться в системный кровоток и вызывать дисбактериоз, деквалиния хлорид проявляет активность **непосредственно в инфекционных очагах**.

Важно отметить, что использование «Флумизина» минимизирует воздействие на биоценоз влагалища<sup>53</sup>. Препарат **не оказывает бактерицидного действия** в **отношении лактобактерий** в отличие от антибиотиков<sup>54</sup>, что выступает ключевым преимуществом при эрадикационной терапии вульвовагинальных инфекций<sup>55</sup>.

### Укрепляем защиту

Инфекционно-воспалительные заболевания влагалища представляют **серёзную проблему**, особенно учитывая частоту их рецидивов после назначения

только этиотропной терапии<sup>4</sup>. Существующие исследования подчёркивают, что **успешное лечение** требует разностороннего подхода, который включает не только устранение причин инфекционно-воспалительных процессов, но и **восстановление нормальной микробиоты**, а также коррекцию иммунных нарушений<sup>56</sup>. Такой метод позволяет не только сократить продолжительность основных симптомов, но и **снизить вероятность** осложнений<sup>57,58</sup>.

В **качестве второй линии** лечения инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища хорошо себя зарекомендовал комплексный препарат «**Гинофлор Э»**<sup>59</sup>, содержащий *Lactobacillus acidophilus* KS400 и ультразонкую дозу **эстриола**. Многочисленные исследования демонстрируют, что этот препарат воздействует на ключевые компоненты вагинальной защиты — эпителий, лактофлору и мест-

ный иммунитет. Он способствует быстрому **восстановлению микробиоты** и, что особенно важно, уменьшает частоту возможных рецидивов<sup>60,61</sup>.

Результаты недавнего отечественного исследования, посвящённого лечению рецидивирующего вульвовагинита смешанной природы, подтвердили **значимость восстановления** физиологического биоценоза<sup>58</sup>. После терапии деквалиния хлоридом у участниц использовали пробиотик, содержащий *Lactobacillus*. Длительный курс (6 дней в трёх последовательных менструальных циклах) привёл к **уменьшению клинических рецидивов** в 2,4 раза по сравнению со стандартным методом лечения. Кроме того, дополнительная ультразонкая доза эстриола в составе вагинальных таблеток способствовала **улучшению адгезии лактобактерий** к эпителию, что имеет решающее значение для предотвращения повторного воспаления. Оценку вагинальной микробиоты выполняли через 14 сут, а также спустя 6 и 12 мес после завершения терапии, тем самым подтверждая длительный положительный эффект выбранного курса.



Современная медицина стремится не только к повышению эффективности лечения, но и к формированию **надёжной основы** для поддержания здоровья в долгосрочной перспективе. Ключевое место в этом направлении занимает **взвешенный подход** к подбору медикаментозной терапии. Особую значимость приобретает анализ воздействия лекарственных средств на **микробиом** — сложную и уникальную экосистему, определяющую общее состояние организма. Нарушение этого хрупкого баланса способно привести к тяжёлым последствиям, а его восстановление требует длительного времени и **значительных усилий**. В связи с этим внедрение альтернативных терапевтических стратегий, которые будут максимально **безопасны и результативны**, на сегодняшний день становится не просто желательным, а необходимым условием для обеспечения женского благополучия.

Библиографию см. на с. 84–86.

# СонНорм Дуо

## БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРОСТО МЕЛАТОНИН

«УМНАЯ» ТАБЛЕТКА ДВОЙНОГО ДЕЙСТВИЯ: УНИКАЛЬНАЯ<sup>1</sup> КОМБИНАЦИЯ  
МЕЛАТОНИН 3 МГ + СЕДАТИВНЫЙ КОМПЛЕКС (ПУСТЫРНИК + МЯТА)



СОННОРМ ДУО – КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СНА  
У ЖЕНЩИН ЗА СЧЕТ СЕДАТИВНОГО И АДАПТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

1 УСКОРЯЕТ ЗАСЫПАНИЕ,  
ПОДДЕРЖИВАЕТ  
ГЛУБИНУ СНА<sup>2</sup>

2 ПРЕВОСХОДИТ  
ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ  
МОНОПРЕПАРАТ  
МЕЛАТОНИНА<sup>3</sup>

3 НЕ ВЫЗЫВАЕТ ПРИВЫКАНИЯ  
И ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ<sup>4</sup>\*

4 ДОПУСКАЕТСЯ СОВМЕСТНЫЙ ПРИЕМ  
С ГОРМОНАЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ<sup>5</sup>

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО



А ТЕПЕРЬ ПОРА СПАТЬ

### Реклама

<sup>1</sup> Частота дневной сонливости ниже 1% согласно ИМП препарата СонНорм Дуо

<sup>2</sup> По данным ГРЛС на 20.02.2025 СонНорм Дуо единственный препарат, содержащий мелатонин, масла маты перечной и экстракт травы пустырника.

<sup>3</sup> Аналитический отчет от Leontius consulting L, №тбк\_2090.

<sup>4</sup> Копьев О.В., Ахарикова Т.С., Беляев А.А. и др. Эффективность и безопасность комбинированного препарата СонНорм Дуо у пациентов с икотой: результаты открытого рандомизированного, гравиметрического клинического исследования. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18: 60-65.

<sup>5</sup> Hardeland K., Poeggeler B., Srivastava V., Thaläth K., Pauli-Parmentier S., Cantisani D. Melatonergic Drugs in Clinical Practice. Drug Research. 2008; 58(1): 1-19.

<sup>6</sup> Степанова Н.Н., Хрипинин Д.Ф., Степанов Е.Ю. Опыт применения комбинированного мелатонин-содержащего средства в коррекции нарушений сна у женщин. Акушерство и гинекология. 2024; 6: 154-160.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Re-  
фре-  
шинг

status  
Præsens

Для библиографических ссылок

- Радзинский В.Е. Новые подходы к коррекции D-статуса. Что есть оптимум? // *StatusPræsens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2025. — №5 (122). — с. 45–50.

# Игра вдольгую

Новые подходы к коррекции D-статуса. Что есть оптимум?



**Автор:** Виктор Евсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы, вице-президент Российской общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины [МАРС] (Москва)

**Копирайтинг:** Ольга Быкова

Прошедший недавно в Сочи семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» ещё раз наглядно показал высочайший интерес профессиональной аудитории к **anti-age-медицине и стратегиям**, направленным не только на продление жизни, но и на улучшение её качества. Большинство экспертов были единны в оценке значимости образа жизни и питания современного человека в достижении долголетия. Физическая нагрузка, свежий воздух, солнце, разумная дотация нутриентов, сон, тренировка мыслительной деятельности — **действенные компоненты активного долголетия**.

**В**ажнейший элемент современного антиэйджинга<sup>1</sup>, недавно получивший от итальянских специалистов эпитет «заслон от старения»<sup>2</sup>, — **ВИТАМИН D**, известный также как D-гормон. Не тайна, что в мире с этим «ограждением» не всё благополучно, и наша страна — далеко не исключение.

Результаты исследования 2021 года, в рамках которого учёные анализировали D-статус жителей регионов, расположенных в широте от 45 до 70° (Москва, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Мурманск, Екатеринбург, Тюмень, Кызыл, Владивосток, Норильск, Новосибирск), показали наличие **дефицита нутриента у 55,96% участников; вместе с недостаточностью** значение достигло 84,01%<sup>3</sup>. Авторы крупномасштабной работы 2025 года, включившей более 2 млн (!) жителей всей России в возрасте от 0 до 100 лет, показали, что лишь менее половины (46,92%) россиян могут похвастаться адекватным уровнем содержания 25(OH)D — кальцидиола — в сыворотке крови. Показатель менее 30 нг/мл был выявлен у 52,55%

участников, из них у 22,94% — дефицит, а у 3,92% — выраженный дефицит<sup>4</sup>.

**Солнце и сало: достаточно ли?**

Сегодня чётко сформулировано понимание классических эффектов D-гормона: вырабатываясь в коже под влиянием солнечных лучей или поступая с определёнными продуктами питания, он проходит через метаболических преобразований. Это позволяет ему вместе с паратиреоидным гормоном и кальцитонином регулировать обмен кальция и фосфатов. Однако роль витамина D не ограничена «классикой»: многочисленные исследования значительно расширили **горизонты воздействия** его содержания на риск инфекционных, сердечно-сосудистых, хронических воспалительных заболеваний, аутоиммунных и неопластических процессов, психических расстройств. Только за последние 5 лет число статей

**[ Влияние витамина D распространяется на риск инфекционных, сердечно-сосудистых, хронических воспалительных заболеваний, аутоиммунных и неопластических процессов, психических заболеваний. ]**

в базе PubMed с упоминанием витамина D превысило 24 тыс. и продолжает стремительно расти.

К сожалению, количество накопленных знаний пока не приблизило нас к решению проблемы высокой распространённости D-дефицитных состояний. Казалось бы, куда проще — использовать **естественный способ** дотации с помощью **ультрафиолетового излучения**. Воздействие солнечных лучей в одной минимальной эритемной дозе, вызывающей покраснение кожи через 24 ч после контакта, увеличивает содержание витамина D<sub>3</sub> в том же объёме, что и приём внутрь 20 тыс. МЕ нутриента<sup>5</sup>. К сожалению, здесь практика вносит существенные **корректировки в теорию**. Особенности **географии** нашей страны не позволяют большинству населения наслаждаться солнцем долго и, главное, регулярно.

**[ Воздействие солнечных лучей всего лишь в одной минимальной эритемной дозе увеличивает содержание витамина D<sub>3</sub> в организме в том же объёме, что и приём внутрь 20 тыс. МЕ нутриента. ]**

Как было отмечено выше, **каждый второй** взрослый житель нашей страны оказался в зоне «D-риска». Почему? Причин тут немало. Сегодня всё меньше людей могут позволить себе регулярное и продолжительное пребывание на солнце, но даже среди жителей территорий с достаточной инсоляцией нехватка витамина D едва ли меньше, чем у «северян». Большую часть светового дня люди среднего возраста (а сейчас и дети) проводят в **стенах** офисов или дома<sup>6</sup>. Впрочем, и люди с **загорелой кожей** не могут похвастаться оптимальным уровнем 25(OH)D: меланин конкурирует с 7-дегидрохолестерином (7-ДГХ) за поглощение фотонов, что требует гораздо более продолжительного пребывания на солнце для обеспечения организма витамином D<sub>9</sub>.

В зоне риска D-дефицита оказываются **пожилые** люди из-за возрастного снижения уровня 7-ДГХ в коже, ограничения пребываний на солнце и нередко недостаточного поступления витамина D с пищей<sup>7,8</sup>. Ещё один не-

благоприятный тренд, формирующий когорту пациентов с нутриентной недостаточностью, — **ожирение**. Избыточная масса тела ассоциирована с формированием депо 25(OH)D в жировой ткани, что может быть сопряжено со снижением его содержания в сыворотке крови<sup>9</sup>. Помимо этого в гепатоцитах на фоне ожирения можно наблюдать снижение скорости синтеза 25(OH)D, а в адипоцитах — ускоренное разрушение<sup>10,11</sup>.

АлIMENTарный путь дотации витамина D, хотя он и имеет несколько меньшее значение в поддержании оптимального статуса элемента в организме, тоже необходимо учитывать в клинической практике. В числе лидеров — рыба жирных сортов (лосось, скумбрия), печень трески. Молочные продукты, яичный желток существенно «беднее» по содержанию нутриента<sup>12</sup>. В мировой

также (50–75 нмоль/л). Проект содержит ещё два важных понятия: **целевой уровень** 25(OH)D — 30–60 нг/мл (75–150 нмоль/л) и **адекватный** — 30–100 нг/мл (75–250 нмоль/л). Не последнюю роль в использовании этих параметров имеет безопасность пациента, поскольку концентрация кальцидиола, **превышающая 100 нг/мл**, значительно увеличивает риск осложнений — артериальной гипертензии, атеросклероза, остеопороза, депрессии, когнитивных расстройств<sup>16</sup>. **Порог интоксикации** для колекальциферола варьирует между 40 000 и 100 000 МЕ в сутки в течение 1–2 мес у взрослых с нормальной функцией парашитовидных желез.

Сегодня всё чаще можно слышать о том, что D-дефицит приобретает характер **пандемии**, затрагивая население даже тех стран, которые не испытывают недостатка в продолжительности солнечных дней и разнообразии меню. Однако у такой повсеместной насторожённости может быть и **обратная сторона**: бесконтрольный приём населением препаратов и биологических добавок с витамином D или тотальная лабораторная диагностика для выявления недостаточности этого нутриента. Ни то, ни другое не может и не должно быть нашей реальностью. Преимущества **популяционного скрининга** пока не выявлено, а сами исследования достаточно затратны<sup>17,18</sup>. Однако **пациентам из групп риска** лабораторное определение концентрации 25(OH)D не просто показано, а необходимо.

При этом в обход законодательства РФ в нашей стране продают относительно дешёвые БАД с дозами витамина D выше разрешённой для этой категории продуктов (600 МЕ)<sup>19,20</sup>. Имеет место использование незарегистрированных препаратов, например инъекционных высокодозированных (600 000 МЕ!). При применении официально зарегистрированных лекарственных препаратов риски передозировки ничтожны.

Акушеру-гинекологу при сборе анамнеза и оценке вероятности возникновения дефицитных состояний необходимо оценивать факторы риска. Важнейшие из них перечислены ниже.

- Беременность, кормление грудью.
- Ожирение (индекс массы тела 30 кг/м<sup>2</sup> и более).

## С МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ТОЧНОСТЬЮ

Профильный проект клинических рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов содержит чётко структурированное представление о значениях 25(OH)D, позволяющих верифицировать D-дефицитные состояния<sup>15</sup>. В частности, о **дефиците** можно говорить при выявлении концентрации кальцидиола в крови менее 20 нг/мл (50 нмоль/л), при этом **выраженный дефицит** — менее 10 нг/мл (25 нмоль/л). О **недостаточности** витамина свидетельствует значение показателя от 20 до 30 нг/мл включи-



## D-варианты

Наличие различных схем и режимов приёма препаратов витамина D делает его более привлекательным и для врачей, и для женщин, поскольку позволяет расширить возможности его **вариативного использования** в зависимости от предпочтений и индивидуальных особенностей пациенток. На отечественном рынке представлен лекарственный препарат, содержащий лечебные дозы витамина D: в одной капсуле «Фортедетрима» 4, 10, 20 или 50 тыс. МЕ колекальциферола. Четыре формы выпуска и два режима дозирования (ежедневный и еженедельный) позволяют клиницисту оптимально маневрировать при выборе схем терапии, обеспечивая пациентке удобство приёма. Его можно применять **ежедневно или еженедельно** для лечения дефицита или недостаточности витамина D или для поддержания его нормального уровня в организме<sup>21</sup>.

Форма лекарственного средства — **капсулы 50 000 МЕ №10** — подходит для применения **1 раз в неделю** и при этом обеспечивает **получение насыщающей дозы в минимуме капсул**. Наличие разных схем и режимов приёма (ежедневный или еженедельный) даёт возможность доктору назначать терапию в соответствии с рекомендациями РАЭ и других авторитетных организаций<sup>15,22</sup>. К тому же это делает препарат **удобным** для пациенток, позволяя соблюдать врачебные рекомендации и **повышая их комплаентность к лечению**.

В состав препарата входят колекальциферол и сафлоровое масло — первый компонент, будучи жирорастворимым витамином, **лучше всасывается** из раствора длинноцепочечных триглицеридов (таких как линолевая кислота, которая содержится в составе сафлорового масла<sup>23</sup>). Колекальциферол — неактивная форма витамина D, и его переход в активную форму происходит **постепенно, без «скачков»**. Как показано в исследованиях, концентрация 25(OH)D в плазме растёт почти одинаково при ежедневном и еженедельном режиме приёма<sup>24</sup>. При использовании разных схем практически не отмечают различий в частоте и тяжести нежелательных явлений.

Одно из главных отличий препарата, содержащего масляный раствор колекальциферола, от таблетированных форм — **отсутствие в составе множества вспомогательных веществ**, в том числе оксида титана, который не выводится полностью из организма, снижает концентрацию фолиевой кислоты и нарушает работу печени и кишечника.

Рекомендуемые схемы приёма препарата<sup>21</sup>.

- Капсулы 4000 МЕ
  - Лечение дефицита витамина D (уровень 25[OH]D 20 нг/мл и менее) у взрослых — 8000 МЕ (2 капсулы 4000 МЕ) в сутки в течение 8 нед.
  - Лечение недостаточности витамина D (уровень 25[OH]D — 20–29 нг/мл) у взрослых — 8000 МЕ (2 капсулы 4000 МЕ) в сутки в течение 4 нед.
- Капсулы 10 000 МЕ
  - Лечение дефицита витамина D (уровень 25[OH]D 20 нг/мл и менее) у взрослых — 50 000 МЕ (5 капсул 10 000 МЕ) 1 раз в неделю в течение 8 нед.
  - Лечение недостаточности витамина D (концентрация 25[OH]D — 20–29 нг/мл) у взрослых — 50 000 МЕ (5 капсул 10 000 МЕ) 1 раз в неделю в течение 4 нед.
  - Поддержание нормального уровня витамина D (концентрация 25[OH]D 30 нг/мл и более) у взрослых — 10 000 МЕ (1 капсула) 1 раз в неделю.
- Капсулы 20 000 МЕ
  - Лечение гипопаратиреоза — 20 000 МЕ (по 1 капсуле) в сутки.
- Капсулы 50 000 МЕ
  - Лечение дефицита витамина D (уровень 25[OH]D 20 нг/мл и менее) у взрослых — 50 000 МЕ (1 капсула) 1 раз в неделю в течение 8 нед.
  - Лечение недостаточности витамина D (уровень 25[OH]D — 20–29 нг/мл) у взрослых — 50 000 МЕ (1 капсула) 1 раз в неделю в течение 4 нед.

- Возраст старше 60 лет (в сочетании с наличием низкоэнергетических переломов в анамнезе).
- Тёмный оттенок кожи.
- Остеопороз, остеомаляция, ракит.
- Гиперпаратиреоз.
- Синдром мальабсорбции.
- Хронические заболевания почек.
- Печёночная недостаточность.
- Лимфомы.
- Гранулематозные заболевания.
- Приём препаратов, влияющих на метаболизм витамина D (глюкокортикоиды, антимикотики, орлистат, антиретровирусные, противоэпилептические средства, холестирамин).

## Смотреть чуть шире узкой специализации

В консенсусном заявлении 27 ведущих зарубежных экспертов отмечена ассоциация дотации витамина D и снижения заболеваемости раком, аутоиммунными, сердечно-сосудистыми болезнями, сахарным диабетом<sup>25</sup>. D-дефицитные состояния также повышают риск инфекционных заболеваний, причём увеличивают продолжительность и тяжесть их течения.

Большинство эффектов витамина D, не связанных с опорно-двигательным аппаратом, обусловлены активацией гормонального метаболита — кальцитриола. Взаимодействие его с D-рецепторами влияет на экспрессию многих генов. **Плейотропность** витамина применительно к сердечно-сосудистым заболеваниям опосредована активацией его ядерного рецептора в кардиомиоцитах и эндотелиальных клетках сосудов, а также способностью регулировать ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, расход энергии и активность клеток поджелудочной железы<sup>26</sup>. Данные систематического обзора 2023 года показали, что кальцитриол подавляет воспаление и окислительный стресс, в первую очередь за счёт угнетения воспалительных цитокинов<sup>27</sup>. Иммуномодулирующие эффекты витамина D включают активацию Т- и В-лимфоцитов, макрофагов и дендритных клеток, а также увеличивают выработку антимикробных пептидов и нейтрализующих антител.

В рутинной практике акушера-гинеколога пациентки с недостаточностью и дефицитом витамина D вовсе не редкость. В частности, подтверждено, что у женщин, страдающих **синдромом поликистозных яичников** (СПЯ), D-недостаточность наблюдают в преобладающем числе клинических эпизодов — от 67 до 85%<sup>28</sup>. Низкая концентрация 25(OH)D у этой группы больных ассоциирована с ожирением, инсулинерезистентностью, значимыми колебаниями С-реактивного белка и липопротеинов низкой плотности<sup>29</sup>. Дотация нутриента не только обеспечивает восстановление метаболизма, но и способствует нормализации менструального цикла и созреванию доминантных фолликулов, а также снижению выраженности гирсутизма<sup>30–32</sup>.

Не менее эффективной оказывается разумная компенсация D-дефицита пациенткам с **эндометриозом**<sup>33</sup>. Один из самых мучительных симптомов, сопровождающих это заболевание, — тазовая боль. В рамках рандомизированного клинического исследования 2021 года было показано, что дотация нутриента в дозе 100 тыс. МЕ в месяц на протяжении 12 способыствовала ощутимому снижению интенсивности боли ( $\rho=0,03$ ), причём лабораторно было подтверждено увеличение концентрации 25(OH)D в крови до  $36,8 \pm 8,1$  нг/мл к окончанию указанного срока терапии<sup>34</sup>.

Восстановление нормальных параметров D-статуса (с  $21 \pm 8$  нг/мл в начале до  $40 \pm 8$  нг/мл после терапии) в исследовании с участием 44 молодых девушек с **дисфорическим предменструальным расстройством** улучшило самочувствие пациенток, снизив выраженность синдрома на 18 пунктов по балльной оценочной шкале<sup>35</sup>. Рандомизированное клиническое исследование с участием 60 женщин с первичной дисменореей и дефицитом витамина D продемонстрировало, что еженедельный приём высоких доз (50 тыс. МЕ) ежедневно в течение 8 нед обеспечил снижение интенсивности боли в сравнении с группой плацебо<sup>36</sup>.

В методических рекомендациях Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) по прегравидарной подготовке (2024) вопросу влияния D-дефицитных состояний на **течение гестации** уделено

много внимания<sup>22</sup>. В частности, там прописан важный постулат о необходимости своевременного выявления и компенсации недостаточности нутриентов для оптимальной имплантации плодного яйца и предотвращения осложнений гестации и отдалённых последствий для плода и ребёнка: невынашивания беременности, преэклампсии, гестационного сахарного диабета, низкой массы тела при рождении, гипокальциемии, рахита, остеопении, нарушений в работе сердечно-сосудистой системы<sup>22,37,38</sup>.

В **постменопаузальном** периоде кратко возрастает риск остеопоротических переломов. Один из способов терапии — приём бисфосфонатов. Однако предсказать реакцию на такое лечение не всегда возможно. В исследовании с участием 210 пациенток было показано, что положительно ответили на вмешательство лишь 47%. И вот что оказалось интересным: женщины, в чьей крови уровень 25(OH)D был 33 нг/мл и выше, в **4,5 раза чаще «откликались»** на

приём бисфосфонатов ( $\rho<0,0001$ ). Потеря всего 1 нг/мл кальцидиола снижала вероятность эффективности терапии остеопороза почти на 5%<sup>39</sup>.

## ЧТО? КОМУ? (КОЛЬКО?)

В литературе есть немногочисленные сведения об оптимальных пороговых значениях 25(OH)D в сыворотке крови для реализации **плейотропных эффектов — от 25 до 60 нг/мл**. Эти концентрации согласуются с проектом рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ), описывающими целевые уровни как **30–60 нг/мл**<sup>15</sup>, а также не противоречат показателям 30–50 нг/мл, предложенным в 2018 году для плейотропных (внеклеточных) эффектов витамина D<sup>40</sup>. Однако для определения целевых значений в каждой группе необходимы длительные проспективные исследования (в течение 5 лет и более), учитывающие климатогеографические, половозрастные, этические

## Предполагаемые оптимальные уровни 25(OH)D

Исход	Оптимальный 25(OH)D
Повышение всасывания кальция в кишечнике, благоприятный ответ на терапию бисфосфонатами	30 нг/мл и более
Положительное влияние на возникновение и выраженность неврологических заболеваний (нейродегенеративных, нейропсихологических и аутоиммунных); улучшение когнитивного функционирования; ночного сна; уменьшение частоты и интенсивности первичной головной боли (мигрины)	40 нг/мл и более
Антипролиферативное, антифибротическое действие (снижение заболеваемости раком простаты, молочной железы, толстой кишки и миелопролиферативными заболеваниями)	40 нг/мл и более
Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, застойной сердечной недостаточности, атеросклероза)	40 нг/мл и более
Нормализация менструального цикла, повышение эффективности комплексной терапии СПЯ, снижение риска ГСД, преэклампсии и преждевременных родов	40 нг/мл и более
Снижение частоты рецидивирующих инфекций, болезней дыхательной системы (гриппа, туберкулёза, ХОБЛ), синдрома хронической усталости, болезни Бехчета, воспалительных заболеваний кишечника, ревматоидного артрита	50 нг/мл и более
Снижение риска более раннего возникновения и более тяжёлого течения сахарного диабета 1-го и 2-го типов	50 нг/мл и более
Коррекция резистентности витамина D (снижение заболеваемости аутоиммунными заболеваниями, рассеянным склерозом, псориазом)	80 нг/мл и более

и социальные факторы. Предполагаемые оптимальные уровни для различных клинических ситуаций приведены в [таблице](#).

Обеспечить равную 30–40 нг/мл концентрацию 25(OH)D возможно, принимая витамин D в дозах 2–4 тыс. МЕ/сут. Для достижения концентраций 40 нг/мл и выше в большинстве случаев необходимы более высокие дозы колекальциферола<sup>41</sup>.

Эксперты РАЭ в проекте клинических рекомендаций отмечают, что [профилактика](#) D-дефицита будет эффективна в случае дотации 800–1000 МЕ витамина в сутки. При выявлении концентрации 25(OH)D менее 30 нг/мл уже потребуется определяемая эндокринологом [лечебная стратегия](#).

В случае [отсутствия возможности лабораторного](#) контроля при длительном (6 мес и более) приеме препаратов

витамина D допустимо назначение суточной дозы 4 тыс. МЕ пациентам в отсутствие факторов риска D-дефицита и 10 тыс. МЕ — при наличии таких компрометирующих элементов. После достижения целевых показателей 25(OH)D с помощью высоких лечебных доз колекальциферола показан переход на поддерживающие дозы 1–2 тыс. МЕ/сут.

Оптимальная конверсия витамина D в 1,25(OH)<sub>2</sub>D [во время беременности](#) достигается при уровне 25(OH)D [более 40 нг/мл](#)<sup>42</sup> — его желательно достичь при [прегравидарной подготовке](#). Это позволяет способствовать снижению рисков преэклампсии, гестационного сахарного диабета и иных нарушений.

В рамках [прегравидарной подготовки](#) согласно профильным методическим рекомендациям МАРС (2024)<sup>22</sup>

[условно здоровым](#) женщинам, которым не показано рутинное определение уровня 25(OH)D в сыворотке крови (при ИМТ менее 30 кг/м<sup>2</sup>, отсутствие в анамнезе указаний на преэклампсию, гестационный сахарный диабет и невынашивание беременности), рекомендован прием витамина D в [профилактической дозе](#). В реальной практике определение таковой было и остается контроверсийным вопросом; согласно российскому междисциплинарному руководству (2020), доза 800–2000 МЕ необходима всем женщинам, не входящим в группу риска D-дефицита/недостаточности и планирующим зачатие<sup>43</sup>.

Определяют клинические рекомендации и практику назначения витамина D [беременным](#). В частности, для терапии недостаточности и дефицита в I триместре эксперты сообщества эндокринологов предлагают прием препарата в дозе, не превышающей 4 тыс. МЕ в сутки, а в более поздних сроках — 6–8 тыс. МЕ. Гайдлайн «Нормальная беременность» постулирует назначение колекальциферола пациенткам из групп высокого риска гиповитаминоза на протяжении [всей](#) беременности в профилактической дозе 500–1000 МЕ в день<sup>44</sup>.



Оптимальная «D-стратегия» — это своего рода [игра вдогонку](#), когда наши планомерные и последовательные действия «здесь и сейчас» позволяют реализовать перспективу здорового будущего. Важный принцип эффективной работы врача как раз и состоит в умении анализировать получаемую информацию и опираться на факты. База знаний о возможностях и точках применения витамина D постоянно расширяется, благодаря чему экспертные сообщества формируют свои рекомендации по самым разным клиническим ситуациям. Прописать всё в одной инструкции невозможно, да и нет в этом необходимости, но важно, чтобы практикующий специалист [умел ориентироваться](#) в массиве профессиональных данных и не боялся их использовать.

## В прицеле

Растущая популярность витамина D привела к возникновению большого количества средств, в числе которых преобладают биологически активные добавки. Несмотря на то что в нашей стране эта группа средств понемногу [входит в правовое поле](#), всё же важно понимать, что максимальную безопасность и эффективность терапии обеспечивают именно [лекарственные препараты](#). Благодаря чётко регламентированному составу врач может быть уверен, что пациентка получит именно ту дозу колекальциферола, которая необходима для достижения целевых показателей 25(OH)D в конкретной клинической ситуации.

В 2020 году в России было выполнено многоцентровое клиническое исследование, в рамках которого были проанализированы [эффективность и безопасность](#) двух схем применения «Фортедетрима» и низкодозированного препарата витамина D<sup>24</sup>. В работе приняли участие 150 пациентов с верифицированным D-дефицитом. Первой группе (n=50) назначали витамин D в дозе 50 тыс. МЕ 1 раз в неделю (5 капсул по 10 тыс. МЕ) в течение 4 нед, а затем поддерживающую терапию — по 10 тыс. МЕ 1 раз в неделю в течение 12 нед. Пациентам второй группы (n=50) препарат назначали так: по 8 тыс. МЕ ежедневно (2 капсулы по 4 тыс. МЕ) в течение 4 нед (суммарно 56 тыс. МЕ в неделю), а затем — 2 тыс. МЕ ежедневно (14 тыс. МЕ в неделю). В третьей группе (n=50) использовали низкодозовый препарат в общем объёме 1 тыс. МЕ ежедневно.

Терапия в максимальных дозах 8 тыс. МЕ ежедневно или 50 тыс. МЕ 1 раз в неделю в первой и второй группах соответственно по сравнению с группой сравнения в дозе 1 тыс. МЕ не ассоциировалась с различием в количестве и выраженности нежелательных явлений.

**[ При длительном приеме витамина D и невозможности лабораторного контроля допустимо назначение 4 тыс. МЕ в сутки пациентам в отсутствие факторов риска D-дефицита и 10 тыс. МЕ при их выявлении. ]**

Библиографию см. на с. 84–86.

# ПОЛИЖИНАКС®

## ЛЕЧИТ ВАГИНИТ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ\*<sup>1</sup>

2 АНТИБИОТИКА +  
Полимиксин В / Неомицин  
АНТИМИКОТИК  
Нистатин

Неспецифический вагинит

Аэробный вагинит

Смешанный вагинит

Кандидозный вульвовагинит  
*Candida albicans, Candida non-albicans*

ПОЛИЖИНАКС®  
капсулы вагинальные  
12 капсул

ПОЛИЖИНАКС ВИРГО

ЛП-Н-007371-РФ-РУ  
ЛП-Н-006414-РФ-РУ

Полижинакс® применяется более чем в 80 странах мира

- ⊕ Синергия антибиотиков полимиксина В и неомицина расширяет спектр действия<sup>2,3</sup>
- ⊕ Двойное бактерицидное действие на возбудителей вагинита<sup>3</sup>
- ⊕ Уникальная форма Полижинакс® Вирго для женщин и девочек<sup>4</sup>

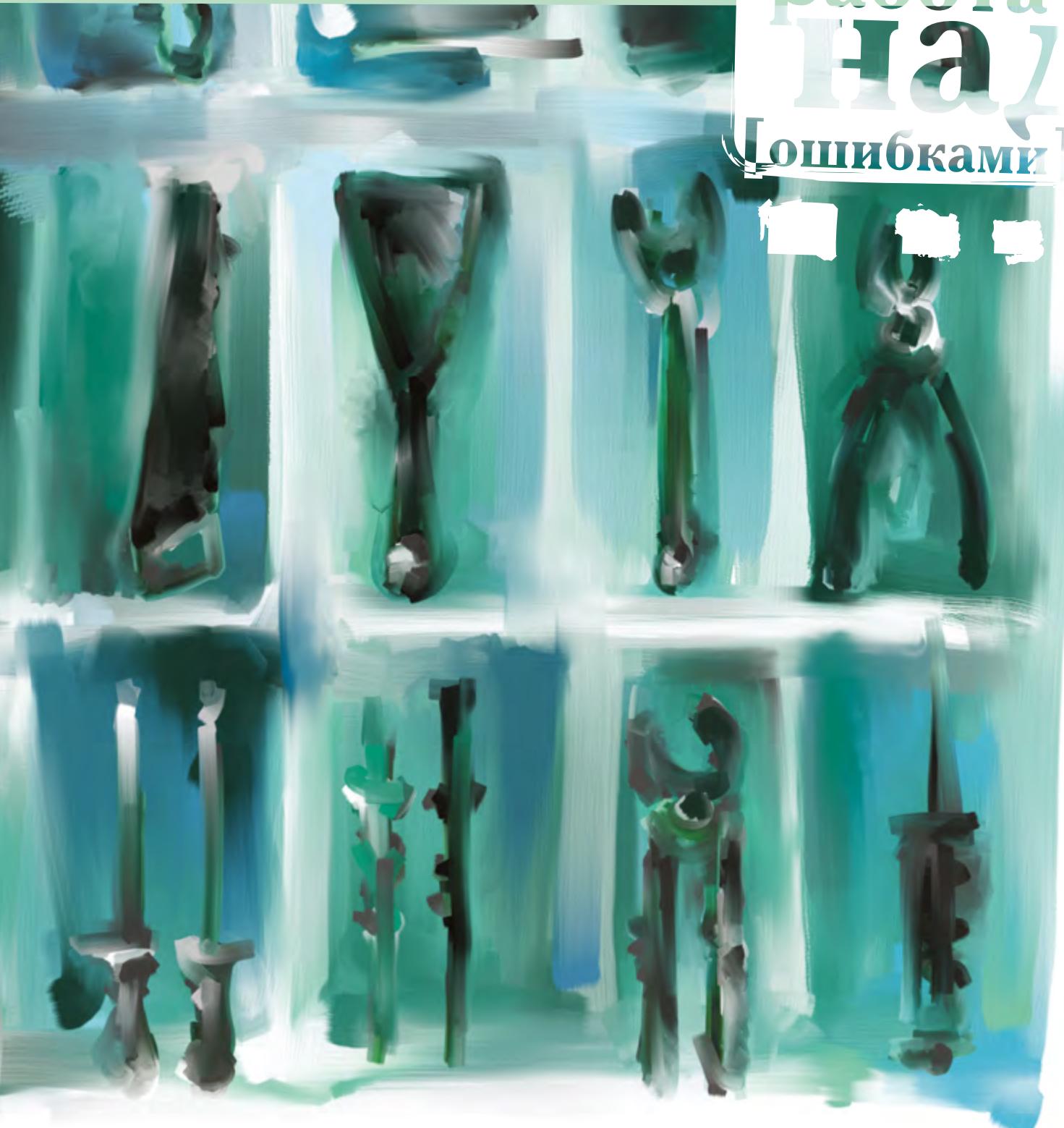
ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



ПОЛИЖИНАКС®  
ПОЛИЖИНАКС®  
ВИРГО

\* Кроме ИПП.  
1. Радзинский В.Е., Гущин А.Е., Соловьева А.В. и др. Терапия вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКСТ» // *StatusPræsens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* 2024, № 1 (104). С. 35–42. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Полижинакс. 3. Дорохотова Ю.З., Маркова Э.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 // [grts.minszdrav.gov.ru](http://grts.minszdrav.gov.ru).

работа  
на  
ошибками



Для библиографических ссылок

- Раевская О.Я., Дьяконов С.Я., Мартынова М.Я. Влияние мужского фактора на бесплодие в браке // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №5 (122). — С. 53–56.

# КТО ВИНОВАТ?

Влияние мужского фактора на бесплодие в браке



Авторы: Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук, Сергей Александрович Дьяконов, канд. мед. наук, Мила Алексеевна Мартынова, StatusPraesens (Москва)

Екатерина Медичи на протяжении 10 лет после свадьбы **не могла забеременеть** от своего мужа. Предполагают, что будущая королева Франции испробовала многочисленные способы: пила кровь и мочу животных, ела яички бобров, использовала мази из оленьих рогов и коровьего навоза и применяла другие невообразимые методы лечения, однако ничто не помогало ей стать матерью. По свидетельству историков, зачать ребёнка не могла и официальная фаворитка Генриха II Диана де Пуатье, у которой до этого в браке родилось двое детей. По некоторым предположениям, причиной неудач был **мужской фактор**. По разным источникам, либо лейб-медик Жан Фернель помог королевской чете, посоветовав определённые позы для зачатия, либо в лечении участвовал знаменитый Мишель Нострадамус. Так или иначе, в скором времени Екатерина забеременела и впоследствии родила десять детей. Конечно, это всего лишь один частный случай, однако сколько подобных известных и неизвестных ситуаций помнит история?

**Н**есмотря на то что причины бесплодного брака многочисленны и разнообразны, традиционно и нередко незаслуженно виновницей этого считают **именно женщину** — якобы у неё есть проблемы со здоровьем, в связи с чем она не может стать матерью и подарить мужу наследников.

Тем не менее ответственными за ненаступление беременности могут быть оба супруга. По современным данным, **каждая шестая** супружеская пара испытывает трудности с зачатием ребёнка, причём как минимум у **половины** из них причиной выступает **мужской фактор**<sup>1</sup>. Дополнительно к этому следует

**[ В мире примерно каждая шестая супружеская пара испытывает трудности с зачатием ребёнка, причём минимум у половины из них причиной выступает мужской фактор бесплодия. ]**

учитывать комбинированные формы инфертности, а также тот факт, что примерно у 15% пар причину бесплодия установить вовсе не удается<sup>2</sup>.

Современные возможности медицины, в частности программы вспомогательных репродуктивных технологий, позволяют пациентам стать родителями даже, казалось бы, в **самых безнадёжных ситуациях**. Однако, прежде чем прибегать к «тяжёлой артиллерии», стоит определить, на что ещё можно повлиять с целью восстановления и улучшения мужской fertильности.

## Причины и последствия

За развитие мужского бесплодия могут быть ответственны различные факторы — возраст, гормональные нарушения и генетические аномалии, стрессы, перегревание, эффекты радиации и дру-

гие неблагоприятные воздействия окружающей среды.

Определённый отпечаток накладывает **неправильный образ жизни** — несбалансированное питание, приводящее к ожирению, голодание, курение и злоупотребление алкоголем, приём токсических препаратов и некоторых лекарственных и биологических веществ. Например, известен так называемый парадокс Моссмена—Пейси\*: **анаболические стероиды**, используемые для наращивания мышечной массы в целях выглядеть более мужественным и привлекательным, становятся причиной резкого снижения fertильности. Это связано с тем, что экзогенные средства имитируют действие тестостерона в организме, но при этом блокируют выработку в яичках эндогенного гормона, необходимого для образования сперматозоидов<sup>3</sup>. Впрочем, **эффект обратим** — fertильность восстанавливается через

3–12 мес после отказа от употребления таких препаратов.

Аналогичным образом действует финастерид, применяемый для лечения андрогенной алопеции. Он уменьшает выпадение волос, влияя на метаболизм тестостерона в организме и предотвращая его преобразование в дигидротестостерон. Побочные эффекты медикамента — снижение количества сперматозоидов и объёма спермы, уменьшение сексуального влечения и отсутствие эрекции<sup>4</sup>.

В числе **медицинских причин бесплодия** — острые и хронические **воспалительные заболевания** мужских половых путей, продукция антиспермальных антител, ятrogenные вмешательства. При инфекциях возможно повреждение сперматозоидов путём прямого воздействия **медиаторов воспаления и активных форм кислорода** (а их при этом образуется в 1000 раз больше!)<sup>5</sup>, продуцируемых воспалительными агентами, что изменяет микросреду мужского полового тракта<sup>6</sup>. Известно, что цитокины снижают количество сперматозоидов и их подвижность<sup>7</sup>. При избытке активных форм кислорода и уменьшении антиоксидантной защиты происходит избыточное **перекисное окисление липидов**, что нарушает целостность мембранны сперматозоидов. Результатом таких изменений становится астенооспермия.

Длительно персистирующая инфекция у мужчин может не только отрицательно сказываться на составе и качестве спермы, но и приводить к **структурным изменениям** репродуктивных органов, способствуя развитию бесплодия, хронической тазовой боли и других нарушений<sup>7</sup>.

## Непростой простатит

Частая урологическая проблема, ассоциированная с бесплодием, — хронический бактериальный простатит. Это инфекционно-воспалительное заболевание предстательной железы выявляют у **каждого десятого мужчины** в активном сексуальном возрасте — **до 50 лет**<sup>8</sup>.

Согласно чаще всего используемой в клинической практике классификации

\* Назван по именам описавших его британских исследователей — биолога-эволюциониста Джима Моссмена (Jim Mossman) и андролога Аллана Пейси (Allan Racey).

## Отцам тоже нужна подготовка!

Учитывая многообразие факторов мужского бесплодия и их распространённость, для успешного зачатия и рождения здорового ребёнка необходима адекватная подготовка **обоих партнёров**. Мероприятия по обследованию и лечению мужчин всё чаще можно встретить в программах **Прегравидарной подготовки**. Адекватное консультирование способно мотивировать будущего отца на осознанный шаг к рождению потомства и скорректировать его образ жизни — отказаться от курения и употребления алкоголя, нормализовать питание и массу тела, отрегулировать режим сна и отдыха, минимизировать стрессовые ситуации и воздействие физических и бытовых факторов (перегревания, гиподинамики, электромагнитных волн и т.д.).

Прегравидарная подготовка в минимальном объёме целесообразна даже для здоровых мужчин, а для категорий из группы высокого риска необходим **более основательный подход**, зависящий от результатов первичного обследования. В частности, исследование эякулята обязательно выполняют при дифференциальной диагностике бесплодия.

Согласно клиническому протоколу Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), пациентам показана консультация уролога или андролога (при необходимости — с анализом спермограммы):

- в возрасте более 40 лет;
- при наличии урологических или андрологических патологических состояний;
- при воспалительных заболеваниях репродуктивной системы;
- при инфекциях, передаваемых половым путём (ИППП), в настоящее время или в анамнезе;
- при наличии вредных условий труда (в настоящее время или в анамнезе);
- при обследовании пары с бесплодием.

Если у пациента выявлены инфекционно-воспалительные и другие заболевания, специалист составляет индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий.

Национальных институтов здравоохранения США выделяют четыре типа простатита<sup>9</sup>.

- Тип I. Острый бактериальный.
- Тип II. Хронический бактериальный.
- Тип III. Хронический (синдром хронической тазовой боли):
  - подтип IIIА — воспалительный;
  - подтип IIIВ — невоспалительный.
- Тип IV. Асимптоматический воспалительный.

Острый бактериальный простатит чаще всего возникает при инфицировании энтеробактериями. При этом у 50–80% пациентов доминирует *Escherichia coli*. В числе вероятных патогенов выделяют также *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp.*, *Serratia spp.*, *Enterobacter spp.* и грамотрицательные неферментирующие бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Moraxella spp.*)<sup>10</sup>. Однако возросла встречаемость *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.* и нетипичных патогенов (*Salmonella spp.*, *Candida spp.* и *Cryptococcus spp.*) и даже *Mycobacterium tuberculosis*, а у сексуально активных мужчин — *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*.

Хотя ведущей причиной бактериального простатита считают инфекционный фактор, на возникновение инфекционно-воспалительного процесса могут оказывать влияние и другие ситуации. Например, предрасполагающими факторами могут стать урологические нарушения и заболевания, включая доброкачественную гиперплазию предстательной железы, инвазивные вмешательства (катетеризация, цитоскопия, трансуретральные операции, биопсия простаты), а также травмы таза, практика незащищённых сексуальных отношений, иммунодефицит и др.<sup>10</sup>

Картина хронического бактериального простатита может быть стёртой, а в ряде случаев он протекает бессимптомно. В числе возможных жалоб — дискомфорт и боль в промежности, надлобковой области и проекции прямой кишки, дизурия. У некоторых пациентов заболевание может сопровождаться снижением либидо и сексуальной дисфункцией, хотя встречаемость этих симптомов схожа с таковой у мужчин аналогичного возраста без простатита<sup>10</sup>.

Согласно проекту профильных российских клинических рекомендаций,



© Emilio Randjelovic / Коллекция/Stock

[ Хронический бактериальный простатит часто протекает бессимптомно либо на фоне незначительных неспецифичных жалоб: дискомфорта внизу живота, дизурии, снижения либидо, сексуальной дисфункции. ]

при лечении бактериального простатита показано назначение эмпирической терапии антибактериальными препаратами широкого спектра действия с целью максимально быстрого достижения клинического эффекта с учётом данных по локальной резистентности микроорганизмов в конкретном регионе<sup>10</sup>.

В терапии хронического бактериального простатита наряду с другими противомикробными средствами применяют доксициклин из группы тетрацикличес. Он показал свою эффективность при лечении инфекций хламидийной, микоплазменной и смешанной этиологии. Препарат активен в отношении многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов: *Streptococcus spp.*, *Treponema spp.*, *Staphylo-*

*coccus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Ureaplasma urealyticum*, *Escherichia coli*, *Shigella spp.*, *Yersinia spp.* и многих других<sup>11</sup>.

На фоне стремительно растущей антибиотикорезистентности, вызванной в том числе и нерациональным использованием антибактериальных препаратов, идёт поиск альтернатив — оптимизация режима применения лекарственных средств и разработка новых<sup>12</sup>. Согласно классификации ВОЗ AWaRe\*, докси-

\* AWaRe (Access, Watch and Reserve) — классификация антибактериальных препаратов по классам (доступные, резервные, поднадзорные), направленная на сохранение эффективности антибактериальных средств и снижение антибиотикорезистентности.

## ЧТО В СЕМЕНИ ТЕБЕ МОЁМ?

Диагностика бактериального простатита включает **физикальные, лабораторные и инструментальные** методы исследования. Ведущим в рамках лабораторной диагностики считают микроскопическое исследование секрета предстательной железы, при необходимости с окраской по Граму, применяют также двухпараметрический тест и культуральное исследование мочи и секрета предстательной железы<sup>10</sup>. Подтвердить диагноз можно также с помощью ультразвукового исследования мочевого пузыря и простаты, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. В числе иных возможных методов, **не рекомендованных для рутинного применения**, — тестирование на простатический специфический антиген, ПЦР-исследование уретрального мазка или первой порции мочи у секуально активных мужчин, определение уровня тестостерона в крови<sup>10</sup>.

В 2023 году вышло шестое издание руководства ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека<sup>6</sup>. За последние 40 лет этот документ стал признанным стандартом, широко используемым клиническими и исследовательскими лабораториями во всём мире. В частности, в нём есть положения, касающиеся диагностики воспалительных заболеваний мужских половых путей и простатита.

Так, при этих патологических состояниях наблюдают изменения **цитокинов и хемокинов в семенной жидкости**. Как предписано в руководстве, для углублённой диагностики бесплодия у мужчин, страдающих воспалительными заболеваниями мужских половых путей, андрологам и урологам может потребоваться оценка этих веществ в сперме.

Эякулят таких пациентов имеет повышенную вязкость и содержит лейкоциты в количестве 1 млн/мл и более. В одном из исследований при мультиплексном анализе мужчин с симптомами хронического простатита выявили в семенной плазме количественные уровни содержания восьми цитокинов и девяти хемокинов<sup>18</sup>. В числе проанализированных компонентов наиболее **наижёенным прогностическим маркёром** для диагностики невоспалительных заболеваний предстательной железы (добропачественной гиперплазии, аденомы простаты) считают **интерлейкин-8**.

Доксициклин относят к **группе доступных медикаментов**. Это подтверждает низкий потенциал устойчивости микроорганизмов к лекарственному препарату и его широкий спектр действия в отношении патогенов<sup>13</sup>.

Доксициклин считают **средством выбора** не только при лечении ИППП, но и ряда других инфекционно-воспалительных заболеваний. Так, клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology, EAU) предписывают назначение препарата в **качестве первой линии** при хламидийной и микоплазменной инфекции в терапии хронического бактериального простатита — по 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней<sup>14</sup>.

В проекте российских клинических рекомендаций приведено несколько схем лечения простатита, включающих доксициклин<sup>10</sup>.

- Среднетяжёлое течение **острого простатита**, обусловленного *C. trachomatis*/*U. urealyticum*/*M. genitalium*: фторхинолоны + доксициклин 100 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 7–10 дней / азитромицин 250 мг 2 таблетки в первые сутки, затем по 1 таблетке в сутки в течение 4 дней.
- Старт-терапия пациентов с **хроническим бактериальным простатитом** — вторая линия: доксициклин 100 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 2–6 нед.
- При наличии признаков **хронического простатита**, ассоциированного с *U. urealyticum*/*M. genitalium*/*C. trachomatis*: левофлоксацин/ципрофлоксацин + доксициклин 100 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки 10 дней.

Отметим, что благодаря **антиоксидантным свойствам** доксициклин снижает

концентрацию провоспалительных цитокинов — интерлейкина-2 и -8, защищая сперматозоиды от оксидативного стресса<sup>15</sup>.

Появление новых форм доксициклина делает его более удобным для применения, поскольку улучшает фармакокинетику и переносимость лекарственного средства<sup>11</sup>. **Диспергируемые таблетки** имеют большую площадь контактной поверхности в кишечнике при всасывании. Таким образом, в кровоток поступает большее действующего вещества, а остаточная концентрация препарата в желудочно-кишечном тракте минимальна. К тому же возможность растворения таблетки в воде позволяет использовать медикамент у пациентов, имеющих трудности с глотанием<sup>16</sup>.

Биодоступность препарата «Доксициклин ЭКСПРЕСС» составляет почти 100% и сопоставима с таковой при parenteralном введении<sup>12</sup>. Доксициклина моногидрат обладает **благоприятным профилем безопасности** благодаря модифицированной химической формуле, в связи с чем на фоне его приёма низка вероятность нежелательных реакций — язв пищевода и эзофагитов<sup>17</sup>. Форма моногидрата (в отличие от гидрохлорида) не повышает кислотность сред пищеварительного тракта при растворении.



Роль **отцовского фактора** в проблеме бесплодного брака уже доказана, и появляются всё новые данные, подтверждающие этот факт. Однако многие врачи до сих пор недооценивают «вклад» мужчин в **репродуктивные неудачи семьи**. К тому же большинство представителей сильной половины человечества априори уверены, что у них всё в порядке, и **отказываются** консультироваться со специалистом и проходить обследование, считая, что это унижает их достоинство. Тем не менее между **неоправданным упрямством** и радостью родительства порой стоит несложная проблема, решить которую можно, лишь скорректировав образ жизни или пролечив запущенное патологическое состояние. Пожалуй, это не такая уж большая жертва ради желанного продолжения рода.

Библиографию см. на с. 84–86.

# СЕКРЕТ УВЛАЖНЕНИЯ НА ЖЕНСКОЙ ТЕРРИТОРИИ



**ПЕРВОЕ В РФ** медицинское изделие  
с высокомолекулярной гиалуроновой  
кислотой для увлажнения слизистой  
оболочки влагалища в форме  
суппозиториев вагинальных



**ДЛИТЕЛЬНОЕ  
УВЛАЖНЕНИЕ  
И КОМФОРТ  
ИНТИМНОЙ  
ЗОНЫ**

## ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА

с высокой молекулярной массой



Формирует надежный  
увлажняющий гель  
на поверхности  
слизистой оболочки



Способствует созданию  
благоприятных условий  
для естественной  
регенерации и защиты

## МОЛОЧНАЯ КИСЛОТА

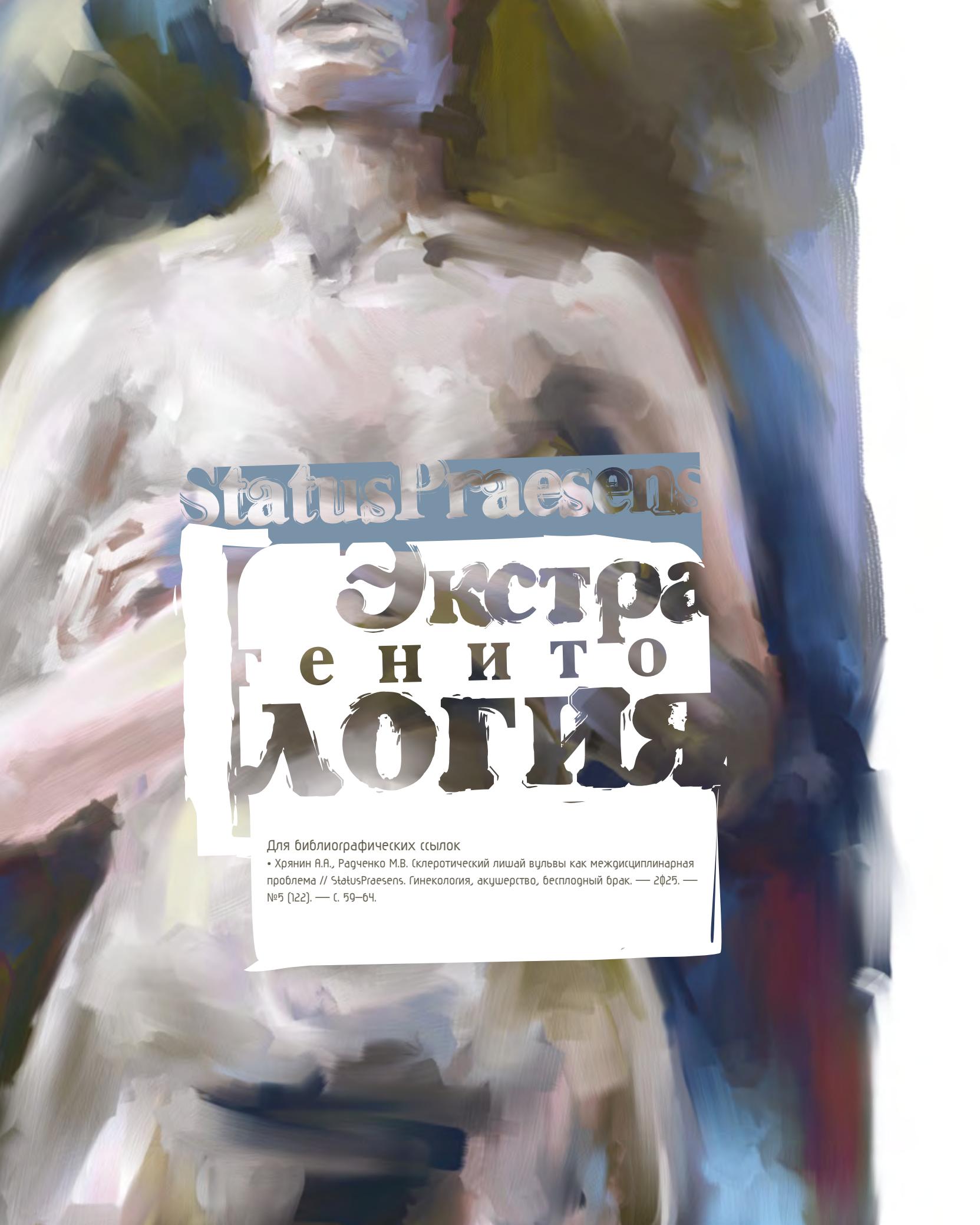
в форме рацемата

Создает и поддерживает  
правильный pH  
вагинального секрета

Помогает восстановить  
естественный баланс  
микрофлоры  
влагалища



VALENTA 1. Инструкция по применению медицинского изделия Мойстана®. РЗН 2023/21844 от 29.12.2023. Реклама  
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



**StatusPraesens**

**Экстра**  
**Генито**  
**лагия**

Для библиографических ссылок

- Хрянин А.А., Радченко М.В. Склеротический лишай вульвы как междисциплинарная проблема // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2025. — №5 (22). — с. 59–64.

# двойные стандарты

Склеротический лишай вульвы как междисциплинарная проблема



**Авторы:** Алексей Алексеевич Хрянин, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии НГМУ, президент РОО «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов» (Новосибирск); Маргарита Владимировна Радченко, канд. юр. наук, доц. кафедры гражданского права и гражданского судопроизводства ЮУРГУ, доц. кафедры общественного здоровья и здравоохранения ЮУГМУ (Челябинск)

**Копирайтинг:** Никита Катаев

Врач, погружённый в свою профессию, нередко попадает в **круговорот многочисленных трудностей**. Одна из самых очевидных — отсутствие регламентов по определённым нозологиям. В такой ситуации многие специалисты сталкиваются с непростым вопросом: **на что опираться?** Учитывать данные монографий и национальных руководств? Доверяться международным обычаям, легитимность которых на нашей территории порой вызывает сомнения? Или **лучше посоветоваться** с более опытными коллегами? Однако как зафиксировать их мнения в истории болезни? **Кто возьмёт на себя ответственность** за принятое решение? Это настоящий лабиринт, где каждое движение может иметь серьёзные последствия.

Яркий тому пример — **склеротический лишай вульвы (СЛВ)**. Это нередко возникающее заболевание, которое приносит пациенткам **существенный дискомфорт**. Несмотря на реальную значимость СЛВ, в нашей стране до сих пор отсутствуют утверждённые клинические рекомендации. К тому же **разделение ролей и ответственности** между двумя или тремя специалистами порой замедляет оказание медицинской помощи и **создаёт юридические сложности**.

Кто именно должен заниматься ведением пациенток с СЛВ — акушер-гинеколог или дерматовенеролог? Какие методы лечения можно использовать? Обо всём по порядку. Необходимо обратиться к **прикладным проблемам**, возникающим во врачебной практике, принимая во внимание превалирование междисциплинарного подхода к лечению пациенток с СЛВ.

**С**клеротический лишай — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, как правило, поражающее **аногенитальную область**<sup>1</sup>. СЛВ составляет **около 6%** от всех неопухолевых эпителиальных заболеваний этой области и встречается у людей **всех возрастных групп**. Точные показатели заболеваемости этого дерматоза уста-

новить **затруднительно**, так как в некоторых случаях заболевание протекает бессимптомно, следовательно, пациентки **даже не подозревают о его наличии**. Напротив, другие могут испытывать дискомфорт и **значительное смущение**, что зачастую способствует задержке обращения за медицинской помощью или даже отказу от визита к врачу. Одна-

**[ СЛВ — заболевание, которое приносит пациенткам существенный дискомфорт. Несмотря на реальную серьёзность проблемы, в нашей стране до сих пор отсутствуют утверждённые клинические рекомендации. ]**

## Историческая справка

В 1875 году американский хирург **Роберт Фултон Уэйр** (Robert Fulton Weir) впервые описал вульварный или оральный лишай как «**ихтиоз**»<sup>11</sup>. Спустя 10 лет гинеколог **Август Брейский** (August Breisky) из Австро-Венгрии ввёл другой термин — «**крауэрз вульвы**»<sup>12</sup>.

Продолжая исследования, в 1887 году французский дерматолог **Франсуа Анри Аллопо** (François Henri Hallopeau) представил клинический случай пациентки со сливающимися папулами на тулowiще и предплечьях, у которой также наблюдались зуд и лихенификация вульвы<sup>13</sup>. Этот эпизод стал основой для диагноза «**лишай плоский атрофический**», что впоследствии открыло новые горизонты для многочисленных врачебных дискуссий.

Позже, в 1892 году, французский дерматолог **Жан Дарье** (Jean Darier) при гистологическом исследовании материала, взятого ранее своим коллегой Аллопо, также выдвинул предположение о вторичном **образовании атрофии** после разрыва первичных папулёзных элементов, характерных в том числе для красного плоского лишая<sup>14</sup>.

С течением времени было описано **множество клинических ситуаций** с различными локализациями, в том числе и в аногенитальной области. Это привело к появлению **большого количества терминов** для определения изучаемого процесса. Среди них «склероатрофический лишай», «крауэрз вульвы», «ограниченная склеродермия», «лейкоплакический вульвит», «белый лишай», «атрофическая точечная лейкодерма», «каплевидная морфea» и др.

Однако после того, как стало очевидно, что эпителий при этом заболевании всё-таки **сохраняет метаболическую активность**, эксперты Международного общества по изучению вульварных заболеваний (International society for the study of vulvar disease)\* на конгрессе в 1976 году изменили ранее принятое название *lichen sclerosus et atrophicus* на *lichen sclerosus*<sup>15</sup>.

Помимо этого стоит отметить, что в 2011 году эксперты ISSVD совместно с коллегами из Международного общества гинекологических патологов (International society of gynecological pathologists, ISGP) предложили **не дифференцировать СЛВ и крауэрз вульвы**. В настоящее время эти два заболевания принято классифицировать **общим термином** «склеротический лишай вульвы»<sup>16</sup>.

Следует отметить, что в России специалисты часто используют термин «склероатрофический лишай вульвы», однако в свете современных рекомендаций правильный диагноз должен звучать именно как «**склеротический лишай вульвы**», который более точно отражает клинические и патоморфологические характеристики заболевания.

\* С 1993 года — Международное общество по изучению вульвовагинальных заболеваний (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD).

ко, по имеющимся экспертным оценкам, распространённость СЛВ в популяции колеблется от 0,1 до 1,7%<sup>2</sup>.

## Если бы мы знали, что это такое

**Неясная этиология** СЛВ способствует появлению множества научных теорий и гипотез о механизмах его возникновения. Среди них ведущее место занимает **автоиммунная гипотеза**. Научные исследования свидетельствуют, что у 21–74% пациенток были зафиксированы сопутствующие аутоиммунные заболевания<sup>3,4</sup>, такие как **автоиммунный тиреоидит**, очаговая алопеция, сахарный диабет 1-го типа, ревматоидный артрит и системная красная волчанка. Авторы выдвинули предположение, что **автоантитела против белка внеклеточного матрикса** (extracellular matrix protein 1, ECM1) служат ключевым звеном в патогенезе СЛВ. Результаты подтверждают их теорию: иммунореактивность к ECM1 наблюдалась у 74% участниц с этим дерматозом, в то время как в группе контроля — лишь у 7%. Поскольку «особый» белок влияет на дифференцировку кератиноцитов, склероз базальной мембранны, а также неоангиогенез, автоантитела против ECM1 могут объяснять **гистологические изменения** у пациенток с СЛВ — дегенерацию базального слоя и изменения стромы дермы<sup>5</sup>.

Однако наряду с этим мнением учёных также привлекает внимание **генетическая теория** — у 12% женщин с СЛВ исследователи отмечают семейный анамнез заболевания. Связь с **человеческим лейкоцитарным антигеном** 2-го класса подтверждает наследственные предпосылки. Кроме того, иммуногенетические исследования выявили полиморфизм гена-антагониста рецептора интерлейкина-1, связанного с тяжестью течения дерматоза<sup>5</sup>.

**Местные экзогенные факторы**, включая травмы и ожоги, также играют важную роль. Реакции по типу феномена Кёбнера\*\* свидетельствуют о высокой чувствительности кожи в аногенитальной области. Учёные считают, что к этому предрасполагает **малое количество вагинальных выделений** в возрасте перед наступлением менархе и в постменопаузе<sup>6</sup>.

Ряд экспертов подтверждают наличие ассоциации **окислительного стресса** и СЛВ. Исследования показывают, что активные формы кислорода взаимодействуют с апоптотическими макромолекулами в результате **повреждения ДНК**, что в свою очередь может способствовать прогрессированию склероза и аутоиммунного процесса, а также **канцерогенезу**<sup>7</sup>. Помимо воспалительных процессов и высвобождения активных форм кислорода, сосудистые изменения, возникающие на фоне дермального склероза и гиалинизации, приводят к формированию склеротических сосудов. Эти изменения ограничивают приток кислорода, вызывая **ишемический стресс** в вульве и подлежащих тканях. В ответ на этот стресс может усиливаться накопление белка p53 дикого типа, что, вероятно, служит компенсаторным механизмом для противодействия повреждающему механизму окислительного стресса<sup>8,9</sup>.

Некоторые исследователи также связывают с возникновением СЛВ **гормональные изменения**<sup>10</sup>. Хотя недостаток

\*\* Феномен Кёбнера, или изоморфная реакция, — появление новых высыпаний в местах травматизации кожи, например трения или давления.

естрадиола упоминается часто, научные данные о повышенной заболеваемости после менопаузы или гистерэктомии отсутствуют. Эксперты также отмечают, что **уровень андрогенов**, особенно дигидротестостерона, может оказывать влияние на возникновение дерматоза, однако терапевтический эффект местных препаратов минимален.

## Это же очевидно

Диагностика СЛВ основана на **клинических проявлениях** и результатах дерматоскопии. Заболевание может варьировать от бессимптомного течения до существенного снижения качества жизни. Основные причины обращения пациенток к врачу — **выраженные жалобы**. Наиболее распространённая из них — интенсивный **зуд**, который усиливается в вечерние и **ночные часы**. Женщины нередко описывают его как «невыносимый», что приводит к частым пробуждениям и затруднениям с засыпанием<sup>17,18</sup>.

Патологический процесс, как правило, затрагивает клитор, межлабиальные борозды, малые половые губы и вход во влагалище. На ранних этапах видны **белесоватые пятна** или **фарфорово-белые папулы**. В некоторых клинических ситуациях они не вызывают значительного беспокойства или сопровождаются небольшой болезненностью. Однако по мере прогрессирования заболевания на коже аногенитальной области возникает инфильтрация и образуются **бляшки**. Иногда возможны **эрозии, петехии и экхимозы**. Для поздних форм заболевания характерна локализация очагов в виде «цветка лотоса», «восьмёрки» или «песочных часов», охватывающих вульву, промежность и перианальную область. Изменение архитектоники вульвы сопровождается **резорбцией малых половых губ и клитора**, структурой уретры и входа во влагалище<sup>19,20</sup>.

При наличии трещин или эрозий жалобы пациенток могут включать **генитальные или анальные кровотечения**. При поражении уретры возникают рези при мочеиспускании. Сужение анального отверстия может привести к болезненным трещинам и затруднениям при акте дефекации. Активные симптомы и специфическая локализация поражений нередко ассоциированы с **сексуальной**

[ Наиболее распространённая жалоба пациенток — интенсивный зуд, который усиливается в вечерние иочные часы. Женщины нередко описывают его как «невыносимый», что приводит к нарушениям сна. ]

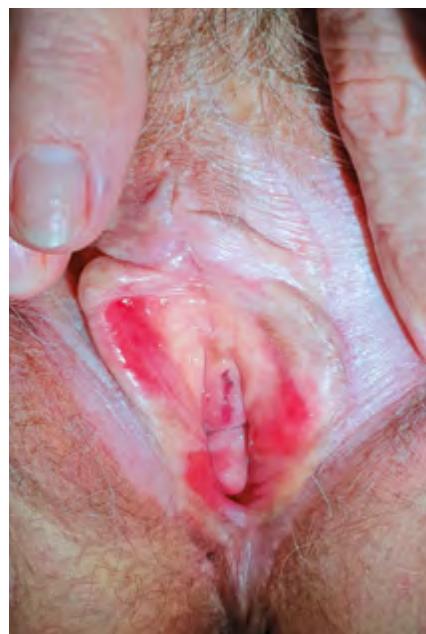


Рис. 1. Склеротический лишай вульвы (пациентка А.).



Рис. 2. Склеротический лишай вульвы (пациентка Б.).

**исфункцией**, аффективными расстройствами, самоизоляцией и даже суициальными мыслями и действиями<sup>17,21</sup>.

В уточнении диагноза СЛВ может помочь **гистологическое исследование**. Однако биопсия связана с риском болезненности, кровотечения и осложнений, поэтому при наличии типичных проявлений и положительном ответе на стандартную терапию её **выполнение нецелесообразно**<sup>22</sup>.

С учётом достаточно специфической и очевидной клинической картины **Какой специалист** всё-таки должен заниматься **верификацией диагноза СЛВ?**

Вследствие естественной стеснительности женщин в подавляющем числе случаев именно акушер-гинеколог — первый и **порой единственный врач**, к которому обращаются за помощью пациентки с СЛВ. Именно поэтому чаще всего начинают лечение СЛВ врачи этой специальности.

В каждом конкретном случае нельзя забывать о клинической модели

пациентки. В обязательном порядке предварительно следует выполнить **дифференциальную диагностику** с другими поражениями кожи, принимая во внимание имеющиеся соматические заболевания и вдумчиво относясь к анамнезу пациентки.

Безусловно, понадобится привлечение специалистов **из смежных областей** медицины. И если потребность в консультации эндокринолога или инфекциониста может возникнуть не во всех случаях, то направление пациентки с СЛВ к дерматовенерологу **обязательно**, особенно на этапе дифференциальной диагностики.

В дальнейшем ведение пациентки осуществляют **лечащий врач**. Следует отметить, что с юридической точки зрения отсутствует понятие «совместного ведения пациента». Согласно нормам права **лечащий врач** — понятие **инквизиционное**, и это порождает серьёзные организационные проблемы в современной медицине.

## Умение делиться

В настоящее время медико-юридическая практика сталкивается с многочисленными вызовами. Отсутствие актуальных стандартов по СЛВ создаёт правовой вакуум, в котором медицинские работники порой вынуждены принимать достаточно непростые решения. При этом не только пациентки, не понимающие, куда и к кому обращаться за медицинской помощью, но и сами специалисты могут испытывать замешательство: «Как действовать в неопределённой ситуации?» Часто приходится полагаться на собственные знания и уровень клинического мышления.

Тем не менее даже если бы клинические рекомендации были доступны, это не решило бы всех проблем. Организаторы здравоохранения до сих пор не могут окончательно опреде-

лить, носят ли профильные протоколы обязательный или рекомендательный характер. В то же время судебная практика последних лет единообразно и последовательно отождествляет невыполнение медиками клинических рекомендаций с дефектами оказания медицинской помощи.

Вопрос о том, кто должен нести ответственность за лечение пациенток с СЛВ, требует внимательного рассмотрения. Акушеры-гинекологи, безусловно, играют важную роль, однако в современном здравоохранении наблюдают переход к комплексному подходу, где основой выступает именно командная работа. СЛВ — не исключение, а яркий тому пример. Дерматовенерологи, онкологи, урологи, гистологи и специалисты других направлений способны внести значимый вклад, дополняя общую картину, необходимую для более глубокого понимания проблемы и путей её решения.



© Wavebreakmedia / Коллекция/Stock

[ Вопрос, кто должен нести ответственность за лечение пациенток с СЛВ, требует внимательного рассмотрения. Акушеры-гинекологи играют важную роль, однако в современном здравоохранении наблюдается переход к комплексному подходу, где основой выступает именно командная работа. ]

С другой стороны, в отсутствие клинических рекомендаций по определённому состоянию важнейшими источниками права могут стать **локальные нормативные акты**, разработанные конкретными медицинскими учреждениями. Такие документы включают бланки информированных согласий и дополнительные листы с важной информацией для пациенток. В частности, они могут содержать нюансы дифференциальной диагностики, а также объяснения по **окончательному гистологическому диагнозу**, рискам течения болезни и рекомендации по обследованию и лечению со стороны смежных специалистов. Кроме того, можно и **даже нужно** в ситуации с СЛВ разработать **локальный акт с лечебными схемами**, охватывающий как медикаментозные, так и немедикаментозные подходы, а также медицинские показания и противопоказания для выбранных методов.

Таким образом, в условиях отсутствия официальных стандартов именно **междисциплинарное сотрудничество** и принятие локальных нормативных актов могут стать **ключевыми элементами** успешной диагностики и лечения.

## Лечение надлежащим образом

В любом случае начало терапии СЛВ должно основываться на полном **информировании пациенток** о характере процесса и рисках, связанных с возможным злокачественным перерождением. Основные цели лечения — устранение неприятных симптомов и повышение качества жизни, в том числе интимной. При этом важными аспектами выступают **замедление прогрессирования болезни** и **сокращение площади поражений**.

Согласно рекомендациям международных<sup>23,24</sup> и отечественных<sup>25</sup> сообществ, основой для терапии СЛВ служат **топические глюкокортикоиды** (ТГК) длительного действия. Использование высоких доз этой группы препаратов может существенно облегчить клинические симптомы у большинства пациенток. Как продолжение лечения рекомендована **прогрессивная терапия** с назначением ТГК дважды в неделю. Частоту приёма можно корректировать в зависимости от активности воспалительных процессов.

В некоторых ситуациях возможно использование **комбинации ТГК с антибактериальными** и противогрибковыми компонентами при наличии вторичной инфекции. Однако приём таких средств должен быть прекращён после устранения признаков воспаления инфекционного генеза. Кроме того, обнаружены факторы, которые могут **снижать эффективность** такой терапии. Среди них можно выделить **аллергическую реакцию на ТГК**, наличие хронического воспалительного дерматоза, сопутствующую урогенитальную инфекцию, ожирение и **гипертрофические формы СЛВ**<sup>23</sup>.

ных, эпителиальных и нервных тканях. Средства на основе ГК давно заняли своё лидирующее место в **различных областях медицины**, а в последние два десятилетия научные исследования наглядно продемонстрировали её значимость в **гинекологической и урологической практике**<sup>26–28</sup>.

Свойства ГК зависят от **молекулярной массы**, концентрации и различных модификаций, которые влияют на плотность, проницаемость и механические характеристики. Стоит отметить, что именно **высокомолекулярные формы (>2000 кДа)** создают гидратированный слой на по-

**[ Основные цели лечения СЛВ — устранение неприятных симптомов и повышение качества жизни. При этом важными аспектами выступают замедление прогрессирования болезни и сокращение площади поражений. ]**

Если ТГК не оказывают должного эффекта, можно использовать **внутричаговые инъекции**, а при устойчивом течении процесса — **топические ингибиторы кальцинеурина**, которые назначают долговременно благодаря их безопасности, несмотря на меньшую эффективность по сравнению с ТГК. Кроме того, в тяжёлых случаях может быть рассмотрено лечение **циклоспорином** или **метотрексатом**, однако риск серёзных побочных эффектов, как правило, ограничивает их использование<sup>23,24</sup>.

В последние годы учёные всё больше заинтересованы так называемой **«концепцией вагинального здоровья»**<sup>26</sup>. А поскольку вульву нельзя рассматривать отдельно от влагалища, одним из аспектов, способствующих сбалансированному состоянию всей этой анатомической области, выступает **правильный интимный уход**. Увлажняющие средства играют ключевую роль, так как они помогают поддерживать **необходимый уровень гидратации** тканей, уменьшая дискомфорт и раздражение.

Наиболее значимым представителем веществ с **выраженным увлажняющим действием** выступает **гидрородная кислота** (ГК). Она представляет собой линейный гетерополисахарид, не содержащий сульфатов, который играет немаловажную роль в соединитель-

верхности кожи. Следовательно, они могут связывать больше молекул воды, обеспечивая **лучшее увлажнение**, по сравнению с низкой молекулярной массой вещества (<50 кДа). Важно отметить, что ГК обладает выраженной **антиоксидантной активностью**, а также играет ключевую роль не только в увлажнении, но и в **повышении гибкости и эластичности** слизистой оболочки влагалища<sup>29,30</sup>. Кроме того, **высокомолекулярная ГК** связывает рецепторы **D4** на поверхности клетки и не позволяет комплексу мигрировать внутрь и влиять на транскрипцию зависимых генов, таким образом, оказывая антиангиогенное, противовоспалительное действие и вызывая индукцию репаративных процессов в тканях<sup>7,29,30</sup>.

Одним из наиболее эффективных увлажняющих средств в России служат **вагинальные суппозитории «Мойстана»**, в состав которых входит помимо высокомолекулярной формы ГК ещё и радиат D-, L-форм **молочной кислоты**, которая, как известно, способствует восстановлению микробиоты влагалища, а также поддержанию рН среды<sup>31</sup>. Таким образом, **синергическое действие** двух основных компонентов направлено не только на уменьшение симптомов сухости и дискомфорта в области вульвы, но и на предотвращение дисбиотических нарушений<sup>26,28,32</sup>.

## Комплексный подход

Лечение и профилактика СЛВ включает различные рекомендации и немедикаментозные методы, которые могут помочь в **облегчении симптомов** и **улучшении качества жизни** пациенток<sup>25,33–36</sup>.

- **Устранение провоцирующих факторов.** Отказ от тесной одежды, неудобного нижнего белья и ежедневных прокладок. Кроме того, желательно воздержаться от хобби, связанных с высоким риском травматизации кожи аногенитальной области, таких как велосипедный и конный спорт.
- **Правильный уход.** Для интимной гигиены лучше использовать увлажняющие средства без ароматизаторов и отдушек вместо обычного мыла.
- **Ограничение стресса и психоэмоциональных нагрузок.**
- **Соблюдение гипоаллергенной диеты.**
- При незначительной инфильтрации очагов поражения может быть использована **укуполосная средневолновая фототерапия**.
- Использование **CO<sub>2</sub>-лазера и низкоинтенсивного излучения** для уменьшения степени склероза и индурации тканей.
- Женщинам с выраженной инфильтрацией в очагах поражения может быть показана **PUVA-терапия\*** с пероральным или наружным назначением фотосенсибилизатора.
- **Хирургическое лечение** необходимо только при возникновении осложнений, таких как карцинома или функциональные нарушения.

\* PUVA (Psoralens + UltraViolet A) — метод фотохимиотерапии, сочетающий воздействие фильтрованного ультрафиолетового облучения с использованием фотосенсибилизаторов (псораленов).

[ В последние годы учёные изучают концепцию «вагинального здоровья». Вульва и влагалище неразрывно связаны, поэтому для поддержания их сбалансированного состояния важен **правильный интимный уход**. ]

Следует отметить, что при производстве «Мойстаны» используют **единственное вспомогательное вещество** — фармакологически индифферентный твёрдый жир, который обеспечивает комфортную температуру размягчения суппозитория после введения. Отсутствие других компонентов, таких как ароматизаторы и отдушки, существенно снижает риск раздражения кожи и возникновения нежелательных явлений.

### Тактика при коморбидности

Опираясь на рекомендуемую **комплексность медицинского подхода** к диагностике, лечению и наблюдению женщин с СЛВ, можно сделать однозначный

вывод: учитывая достаточно высокий уровень коморбидности, при ведении таких пациенток необходимо междисциплинарное взаимодействие врачей разных специальностей. Это **акушеры-гинекологи, дерматовенерологи, онкологи, эндокринологи, неврологи и, возможно, другие специалисты**.

Следует отметить, что у пациенток с СЛВ часто выявляют вирусы папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска<sup>5</sup>. В связи с этим увеличение частоты возникновения **рака вульвы** на фоне предшествующих дистрофических процессов предъявляет повышенные требования к **онкологической настороженности** как врача акушера-гинеколога, так и дерматовенеролога.

Развитию рака вульвы часто предшествуют дистрофические заболевания,

в том числе и СЛВ, и лейкоплакия. Именно **онкологическая настороженность** врача, его клинический опыт — залог своевременной диагностики онкозаболевания на ранней стадии. Поражение вульвы ВПЧ вносит свой вклад в этиологию СЛВ, повышает риск развития онкологического заболевания вульвы. Это предопределяет тактику врача акушера-гинеколога по своевременному выполнению необходимого объема исследований.

В современных условиях отсутствия официальных клинических рекомендаций особую важность приобретает **сотрудничество акушеров-гинекологов и дерматовенерологов**, преимущественно на первом этапе, когда решающее значение имеет дифференциальная диагностика дерматоза. Кроме того, врачам следует обратить пристальное внимание на пациенток с высокой степенью коморбидности, здраво оценить риски инвазивных амбулаторных манипуляций у пациентов с соматическими заболеваниями, помнить об абсолютных противопоказаниях к использованию некоторых местных анестетиков у лиц старшего возраста и, конечно, об **общих противопоказаниях** к инвазивным медицинским вмешательствам в амбулаторных условиях.

Ведение женщин с СЛВ требует комплексного подхода и **активного междисциплинарного сотрудничества**. Акушеры-гинекологи, дерматовенерологи и другие специалисты должны выйти за пределы своего узкого профиля и наладить продуктивное взаимодействие. Это не просто необходимость, а **условие для успеха** в борьбе с этим тяжёлым заболеванием.

Особое место в успешном лечении занимает **открытый диалог с пациентками**. Разработка терапевтических стратегий, учитываяющих **уникальные обстоятельства** каждой женщины, позволит не только добиться лучших клинических результатов, но и удовлетворить их внутренние ожидания. Это обеспечит как эмоциональное, так и физическое **благополучие** в противостоянии столь деликатной проблеме, как СЛВ. 

Библиографию см. на с. 84–86.

# Форте<sup>Д</sup>етрим

Лечение дефицита  
и недостаточности витамина D<sup>2</sup>

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НА ПРАКТИКЕ

- ✓ Единственный лекарственный препарат витамина D с широкой линейкой дозировок 4000, 10 000, 20 000 и 50 000 МЕ в России<sup>1,3</sup>
- ✓ Сафлоровое масло в составе для оптимального усвоения витамина D<sup>\*</sup>
- ✓ Минимальное количество капсул<sup>4</sup> для достижения необходимой насыщающей дозы для взрослых\*\*
- ✓ 1 капсула 4000 МЕ в день для поддержания адекватного уровня витамина D у пациентов с ИМТ  $\geq 30$  кг/кв.м<sup>5</sup>
- ✓ 1 капсула 50 000 МЕ в неделю для лечения дефицита и недостаточности витамина D<sup>5</sup>



Минимум капсул для  
насыщающей дозы<sup>4</sup>

Максимально простой состав:  
колекальциферол и сафлоровое масло\*

\*ОХЛП Форте<sup>Д</sup>етрим 4000 МЕ, 10 000 МЕ. Сафлоровое масло на 80% состоит из длинноцепочечных (Д) триглицеридов (П). ДТГ обеспечивают более полное усвоение витамина D по сравнению со среднепепочечными П: Holmberg I, Aksnes L, Berlin T, Lindbäck B, Zemgals J, Lindeke B. Absorption of a pharmacological dose of vitamin D3 from two different lipid vehicles in man: comparison of peanut oil and a medium chain triglyceride. *Biopharm Drug Dispos.* 1990 Dec;11(9):807-15. doi: 10.1002/bdd.2510110908. PMID: 2176898.

\*\*Суммарные насыщающие дозы согласно Клинические рекомендации РАЭ 2022 «Дефицит витамина D<sup>2</sup>» для лечения дефицита 336 000 – 448 000 МЕ = 2 капсулы 4000 МЕ в день или 5 капсул 10 000 МЕ/ 1 капсула 50 000 МЕ в неделю в течение 8 недель, для лечения недостаточности 168 000 – 224 000 МЕ = 2 капсулы 4000 МЕ в день или 5 капсул 10 000 МЕ/ 1 капсула 50 000 МЕ в неделю в течение 4 недель.

1. Лекарственный препарат витамина D в дозировке выше 2000 МЕ в таблетке/капсуле/капле по данным сайта <https://grls.rosminzdrav.ru/> на 15.07.2025

2. ОХЛП и листок-вкладыш препарата Форте<sup>Д</sup>етрим 4000 МЕ, 10 000 МЕ, 50 000 МЕ. РУ ЛП-№ (000968)РФ-РУ от 12.04.24.

3. ОХЛП и листок-вкладыш препарата Форте<sup>Д</sup>етрим 4000 МЕ, 10 000 МЕ, 20 000 МЕ, 50 000 МЕ. РУ ЛП-№ (000968)РФ-РУ от 12.04.24

4. Клинические рекомендации РАЭ 2022 «Дефицит витамина D<sup>2</sup>» при сравнении с количеством таблеток/капсул продуктов витамина D с дозировкой ниже 4000 МЕ

5. Клинические рекомендации РАЭ 2022 «Дефицит витамина D<sup>2</sup>»

Информация для медицинских и фармацевтических работников



АО «АКРИХИН», 142450, Московская область, г.о. Богородский, Старая Купавна, улица Кирова, дом 29.

Тел.: +7 (495) 702-95-06, факс: +7 (495) 702-95-03, e-mail: [info@akrihinh.ru](mailto:info@akrihinh.ru)

Реклама  
РИМ-2024-0607



Что и требовалось  
доказать

**Status Praesens**

• Балан В.Е., Тихомирова Е.В., Журавель А.С. Нарушения сна в пери- и постменопаузе: современные возможности терапии // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2025. — №5 (122). — С. 67–70.

# Заведи хронометр на жизнь

Нарушения сна в пери- и постменопаузе: современные возможности терапии



**Авторы:** Вера Ефимовна **Балан**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, почётный президент Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов по здоровому старению и антивозрастной медицине; Елена Владиславовна **Тихомиро娃**, канд. мед. наук, зав. кафедрой «Сестринское дело» университета «Синергия»; Анастасия Сергеевна **Куравель**, канд. мед. наук, зав. отделением антенатальной охраны плода и здоровья матери по клинической работе МОНИИАГ им. В.А. Краснопольского (Москва)

**Копирайтинг:** Ольга Быкова

Знаменитый американский эксперт в области эндокринной гинекологии Леон Сперофф (Leon Speroff) метко охарактеризовал менопаузу как отличный **сигнал** о том, что организму необходима профилактика возможных заболеваний. Без своевременного предотвращения и коррекции начальных изменений сложно обеспечить **должное качество жизни** женщин старшей возрастной группы<sup>1,2</sup>. Одна из важных, широко распространённых и недооценённых проблем климактерия — **нарушения сна**.

Итоги крупного метаанализа 321 исследования с участием 482 067 женщин, опубликованные в 2024 году, позволили оценить распространённость 19 **наиболее значимых** менопаузальных симптомов у пациенток по всему миру<sup>3</sup>. Самой частой изолированной жалобой стали приливы — **52,65%**. Однако эта «победа» была с минимальным отрывом — нарушения сна выявили у **51,89%**. Авторы работы отметили ещё одну интересную деталь: женщины с аномальным весом (как с недостаточной, так и с избыточной массой тела) чаще испытывали проблемы со сном<sup>3</sup>.

## Ни отъыха, ни радости

Распространённость нарушений сна в перименопаузе увеличивается по сравнению с репродуктивным возрастом с 16 до 47%, достигая в постменопаузе 60%<sup>4</sup>. У женщин с хирургической ме-

нопаузой, не принимающих препараты заместительной гормональной терапии, инсомнию фиксируют с гораздо большей частотой, чем при естественном менопаузальном переходе. При этом возраст и количество лет, прошедших с момента оперативного вмешательства, на бессонницу не влияют<sup>5</sup>.

В числе **характерных** нарушений сна в период менопаузального перехода следует отметить частые и ранние пробуждения, проблемы с засыпанием и прерывистый сон, снижение качества сна и его фрагментацию<sup>6</sup>. В постменопаузе, помимо увеличения частоты бессонницы, можно наблюдать апноэ сна, синдром беспокойных ног и ноктурию. Не стоит сбрасывать со счетов и ещё один важный момент — нарушения сна служат **независимым фактором риска** психосоматических состояний, могут усугублять течение ряда коморбидных заболеваний и увеличивать смертность<sup>7–10</sup>.

## Изучено, но всегда ли учтено?

Клиницисту важно обращать внимание на факторы, **не всегда** ассоциируемые с нарушениями сна, но от этого не менее значимые:

- избыточный вес и ожирение;
- психологические проблемы (депрессия, тревожность, стрессовые состояния);
- недостаток физической активности;
- курение, употребление алкоголя;
- несбалансированное питание;
- наличие сопутствующих заболеваний.

Нарушения сна у женщин в пери- и постменопаузе во многом обусловлены перестройкой **нейрональных и нейрохимических** систем головного мозга, ответственных за терморегуляцию, циркадные ритмы, а также за баланс возбуждающих и тормозных сигналов<sup>11</sup>.

Эти изменения включают дисфункцию KNDy-нейронов, синтезирующих пептиды **киссептин, нейрокинин B и динорфин** (kisspeptin, neuropeptide B, dynorphin), сбой вазомоторной регуляции, нарушение циркадного «управления» в супрахиазматическом ядре, активацию стресс-системы и рост концентрации кортизола в сыворотке крови<sup>12,13</sup>. Снижение уровня эстрогенов **запускает** как **как** нейрональных изменений — от вышеупомянутой KNDy-дисфункции и терморегуляторных сбоев до дисбаланса ключевых нейротрансмиттеров и внутренних «биологических часов»<sup>14,15</sup>. Кроме того, эстрогены модулируют активность **нейротрансмиттеров** —  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК), серотонина, мелатонина, — влияя на процесс засыпания и качество сна<sup>5</sup>. Так, экспрессия ГАМК в префронтальной коре головного мозга максимальна при овуляции<sup>16</sup>. В фолликуловую фазу цикла уровень серотонина повышается вместе с содержанием эстрогенов, в лютеиновую — падает<sup>17</sup>.

## Почему задерживается «биологический вечер»?

Мелатонин — эндогенный гормон, вырабатываемый эпифизом, играет ключевую роль в синхронизации **циркадных ритмов** и индукции сна<sup>18</sup>. Многочисленные исследования показали, что цикл смены дня и ночи влияет на выработку этого гормона, которая физиологически достигает максимального пика в тёмную фазу (около 3–4 ч утра) и подавляется под воздействием **яркого света**. Именно это наблюдение легло в основу второго названия — «гормон темноты»<sup>19</sup>. Благодаря способности «передавать информацию» о характере освещённости — например, о продолжительности светового дня — мелатонин **синхронизирует** множество процессов, происходящих в организме. Этот гормон шишковидного тела не только влияет на параметры сна и бодрствования, но и участвует в половом созревании и старении человека<sup>20</sup>, регулирует артериальное давление<sup>21</sup>, борется с воздействием свободных радикалов<sup>22</sup>, непосредственно обеспечивая регуляцию антиоксидантных процессов практически во всех органах и тканях<sup>23</sup>.

[ В период менопаузального перехода **ночная секреция мелатонина уменьшается**, что **усугубляет** задержку фазы сна, **нарушает** процесс засыпания. ]

В систематическом обзоре 2021 года с участием 1173 женщин старшей возрастной группы (средний возраст в исследованиях варьировал от 49,5 до 62,5 года) было показано, что в период менопаузального перехода **ночная секреция** мелатонина уменьшается, что **усугубляет** задержку фазы сна, **нарушает** процесс засыпания и непрерывность ночного отдыха<sup>24</sup>. У женщин старше 50 лет ночное выделение мелатонина

падает на 30–40%. Результатом дефицита этого важного гормона становится **задержка «биологического вечера»** (phase delay) и снижение сонливости в привычное время, что удлиняет время засыпания и увеличивает количество пробуждений<sup>25</sup>.

Итог не заставляет себя долго ждать: большинство пациенток предъявляют жалобы на постоянную, изнуряющую усталость, падение работоспособности, сонливость в течение дня, расстройства настроения, рассеянность, нарушения концентрации внимания, ухудшение памяти. И такая симптоматика выходит далеко за рамки простой проблемы, имеющей лёгкое решение: **многократно возрастает** риск падений и травм, переломов, дорожных происшествий. «Снежным комом» могут нарастать проблемы общения с домочадцами и коллегами<sup>6</sup>.

В рамках проекта «Изучение женского здоровья по всей стране» (Study of Women’s Health Across the Nation’s, SWAN), в котором с 1996 года принимают участие женщины разных рас и национальностей в пре- и перименопаузе, было наглядно показано, что именно нарушения сна нередко становятся причиной **профессиональной и социальной дезадаптации** пациентки, значительно влияя на качество её социальной жизни<sup>26</sup>.

## Верификация: половина пути к успеху

Диагностика нарушений сна у женщин в пери- и постменопаузе основана прежде всего на данных анамнеза, оценке режима отдыха, выявлении основных причин инсомнии и других сопутствующих клинических состояний. У пациенток с климактерическими расстройствами нарушения сна возникают нередко, но для их выявления врач должен **проявить активность**. Несколько **простых вопросов** о качестве сна, его продолжительности, наличии неврологических расстройств и ассоциации инсомнии с менопаузальными синдромами помогут верифицировать диагноз и подобрать оптимальную схему терапии.

Кроме того, для оценки сна используют объективные (полисомнография) и субъективные (инструменты самооценки или опросники) методы: Питтсбургский индекс качества сна (Pittsburgh sleep quality index, PSQI), Индекс тяжести бессонницы (Insomnia severity index, ISI) и шкалу Грина (Greene climacteric scale)<sup>27,28</sup>. Однако прежде чем установить, что именно гормональные изменения стали основной причиной нарушений сна в период перименопаузы, необходимо выполнить **скрининг** на наличие психических расстройств<sup>7</sup>. В случае их выявления оптимальным будет **междисциплинарный подход** к ведению пациентки с участием профильных специалистов — невролога, сомнолога или психиатра.

Международная классификация нарушений сна (International classification of sleep disorders) делит эти состояния на **семь основных категорий**<sup>29</sup>:

- бессонницу;
- нарушения дыхания во сне;
- центральные нарушения (гиперсомния);
- нарушения циркадного ритма сна и бодрствования;
- парасомнии;
- ассоциированные со сном двигательные нарушения;
- другие нарушения сна.

Практикующему врачу важно помнить, что о **хронической** бессоннице можно говорить в том случае, когда симптомы возникают **не менее 3 раз** в неделю в течение 3 мес<sup>30</sup>.

## Влиять на все, но индивидуально

Современная наука позволила далеко продвинуться не только в изучении причин нарушения сна женщин в пери- и постменопаузе, но и в поиске оптимальных схем лечения. Понимание **каждого из звеньев патогенеза** позволяет обосновать выбор таргетных терапевтических стратегий — от препаратов мелатонина до гормонозаместительной терапии и средств, модулирующих ГАМК- и серотониновые системы. Однако важно помнить, что широта возможностей не должна затмевать собой **главный принцип** лечения любого заболевания — персонализированный подход с учётом выраженности симптомов, коморбидных состояний и предпочтений пациентки.

Чрезвычайно эффективной стратегией может стать **когнитивно-поведенческая терапия** (КПТ) бессонницы, включающая комплекс немедикаментозных мер, направленных в первую очередь на обеспечение условий для комфортного отдыха — ограничения времени в постели, контроль стимулов, когнитивную реструктуризацию, релаксацию<sup>30–32</sup>. Об эффективности этого немедикаментозного вмешательства свидетельствуют результаты исследования, показавшего, что после 6–8 нед КПТ более 60% пациенток отметили улучшение сна, причём эффект сохранялся до 1 года без необходимости приёма лекарств<sup>33</sup>.

Одним из ключевых компонентов КПТ признано соблюдение **гигиены сна**: регулярного графика отхода ко сну, исключения воздействий яркого света и экранов устройств за 1–2 ч до сна, ограничения кофеина и алкоголя в вечернее время<sup>31</sup>. Регулярное выполнение **техник расслабления** (прогрессивной мышечной релаксации и дыхательных упражнений) снижает уровень тревоги перед сном и улучшает его непрерывность. Для внедрения этого метода сегодня существует много возможностей:

**[ При наличии коморбидных состояний, депрессивного расстройства эффективным будет использование любого варианта МГТ в сочетании с негормональной терапией для коррекции инсомнии. ]**

КПТ можно проводить индивидуально со специалистом, в группе или с помощью электронных ресурсов. Для удалённого сопровождения и мотивации пациенток используют приложения и онлайн-курсы, биологическую обратную связь (biofeedback), мониторинг сна (актиография)<sup>34</sup>. В тех случаях, когда КПТ недоступна или оказывается недостаточно эффективна, показана дополнительная медикаментозная коррекция нарушений сна.

## Гармонизация гормонов...

Действующие отечественные клинические рекомендации постулируют, что справиться с нарушениями сна, особенно возникающими на фоне вазомоторных и психосоматических менопаузальных симптомов, позволяет применение МГТ<sup>35</sup>. В основе эффективности такого подхода лежит понимание **роли половых гормонов в патогенезе** инсомнии<sup>36</sup>. Авторы крупного метаанализа 86 рандомизированных клинических исследований, опубликованного в 2022 году, отмечают, что в 73% изученных ими публикаций была доказана эффективность МГТ в снижении выраженности нарушений сна: объективных и субъективных показателей качества сна, в частности, латентности, пробуждения после засыпания и удовлетворённости сном<sup>37</sup>.

Несмотря на то что в качестве ведущего патогенетического компонента терапии нарушений сна выступают **эстрогены**, у прогестерона тоже есть своя ниша<sup>5,7</sup>. **Прогестерон** способен напрямую влиять на циркадные ритмы благодаря своим рецепторам, расположенным в «зонах сна» — базальном отделе переднего мозга, дорсальном ядре шва, голубом пятне и супрахиазматическом ядре<sup>38</sup>.

В активе прогестерона — седативное, анксиолитическое и снотворное

действия, базирующиеся на его нейроактивных метаболитах (в частности, алло-прегнанолоне и прогнанолоне), точно влияющих на ГАМК- и бензодиазепиновые рецепторы. Рандомизированное исследование 2017 года показало, что схемы МГТ с различными прогестагенами обладают **сопоставимым** влиянием на качество сна<sup>39</sup>.

Тем не менее, назначая МГТ, следует помнить, что клинический эффект будет развиваться **постепенно** и в полной мере обеспечить коррекцию нарушений сна удастся спустя 2–3 нед<sup>40</sup>. Кроме того, положительное влияние МГТ на качество сна может быть **ограничено** наличием коморбидных состояний, депрессивного или тревожного расстройства. В подобных ситуациях наиболее эффективным будет использование любого варианта МГТ (при отсутствии противопоказаний) в **сочетании** с негормональной терапией для коррекции инсомнии.

## ...И негормональная гормония

Негормональные методы лечения нарушений сна включают бензодиазепины, Z-гипнотики (агонисты бензодиазепиновых рецепторов), двойные антагонисты орексиновых рецепторов и другие средства, влияющие на структуру сна (антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики и др.)<sup>30</sup>. Однако приём этих лекарств может быть сопряжён с рядом побочных эффектов: от незначительной **остаточной дневной сонливости** до формирования **зависимости**. Для **старта** терапии инсомнии возможно применение безрецепторных препаратов и фитотерапии.

Одно из самых распространённых, хорошо изученных и эффективных средств для лечения нарушений сна у пациенток в постменопаузе — **мелатонин**. Он способствует нормализации циркадных ритмов, уменьшает выраженность

нарушений сна и расстройств настроения без серьёзных побочных эффектов. Интересно, что влияние мелатонина на **качество сна** сохраняется независимо от продолжительности приёма и дозы, при этом у пациенток не возникает привыкания или синдрома отмены<sup>7</sup>.

Большой обзор американских исследователей, опубликованный в 2022 году, был посвящён **влиянию режима сна** на женскую нейроэндокринную систему<sup>41</sup>. Авторы работы, в частности, отмечают, что прогестерон действует как снотворное, анксиолитик и мощный стимулятор дыхания: сокращает фазу медленного сна и увеличивает продолжительность фазы быстрого. Мелатонин в свою очередь регулирует выработку прогестерона посредством специфических рецепторов, расположенных в гранулёзно-лютеиновых клетках. В целом, по мнению учёных, положительное действие мелатонина на симптомы перименопаузы может быть обусловлено его **прямым** влиянием на центральную нервную систему<sup>42,43</sup>.

Мелатонин допустимо назначать в **составе комплексной** терапии климактерического синдрома<sup>24,44</sup>. В числе преимуществ использования средства можно назвать улучшение качества сна и его продолжительности, повышение утренней активности на следующий день и позитивное изменение качества жизни пациентки в целом. Эффект может проявиться в **течение нескольких** дней<sup>30,45</sup>. В силу того что препараты мелатонина не воздействуют непосредственно на ГАМК-рецепторы, в отличие от бензодиазепинов или Z-гипнотиков, их приём сопровождает **меньшее количество нежелательных явлений**, в числе которых снижение когнитивных функций, падения, синдром отмены, формирование зависимости<sup>45,46</sup>.

Мелатонин не обладает способностью связываться с эстрогеновыми рецепторами и **совместим с МГТ** при чётком соблюдении режимов дозирования всех назначенных препаратов. Опыт

отечественных экспертов убедительно доказывает, что препараты, в состав которых входит мелатонин (например, «СонНорм Дуо»), можно использовать в качестве альтернативы традиционным снотворным в пери- и постменопаузе и дополнять ими МГТ при недостаточной её эффективности, а также назначать **на этапе менопаузального перехода**, пока нарушения сна ещё не приобрели устойчивый характер<sup>47–49</sup>.

## От возможного к действительному

Отечественный лекарственный препарат «СонНорм Дуо» представляет комбинацию мелатонина (3 мг) и седативного комплекса, состоящего из мяты перечной (1,16 мг) и пустырника (28 мг)<sup>50</sup>. В этой комбинации мелатонин выступает своего рода **локомотивом** **эффектов** нормализации сна. Его основные свойства перечислены ниже.

- Нормализует циркадные ритмы организма.
- Увеличивает концентрацию ГАМК и серотонина в среднем мозге и гипоталамусе, изменяет активность пиридоксалькиназы, участвующей в синтезе ГАМК, дофамина и серотонина.
- Регулирует цикл сон—бодрствование, суточные изменения локомоторной активности и температуры тела, положительно влияет на интеллектуально-мнестические функции мозга, на эмоционально-личностную сферу.
- Улучшает качество сна, ускоряет засыпание, регулирует нейроэндокринные функции.
- Адаптирует организм метеочувствительных людей к изменениям погодных условий.

Масло **листьев мяты перечной** оказывает рефлекторное вазодилатирующее, спазмолитическое действие. Механизм эффектов связан со способностью

раздражать «холодовые» рецепторы слизистой оболочки полости рта и рефлекторно расширять преимущественно сосуды сердца и головного мозга. В ходе клинических исследований было доказано, что мята перечная улучшает качество сна у пациентов с усталостью и тревожностью, при этом повышает бодрость в условиях монотонной работы и отдыха<sup>51</sup>.

Экстракт **травы пустырника** обладает выраженным седативным действием, снижает частоту и увеличивает силу сердечных сокращений, проявляет кардиопротективные, антиоксидантные и гипотензивные свойства<sup>52,53</sup>.

В 2022 году было выполнено исследование с участием 140 пациентов (18–55 лет), страдающих инсомнией, целью которого стало изучение эффективности комплексного препарата мелатонина, экстракта пустырника и мяты перечной **в сравнении с монотерапией** мелатонином<sup>54</sup>. Авторы работы отметили интересный результат: уже ко второй неделе лечения комбинированное средство показало **значимое** улучшение по оценке субъективных характеристик сна, достоверно **опередив** показатели мелатонина.

Взаимное **потенцирование и синергизм** всех компонентов препарата обеспечивает снотворный эффект и поддерживает качество сна пациентки<sup>55,56</sup>.



Известный учёный-геронтолог, член-корр. РАН Владимир **Анисимов** в одном из своих интервью привёл весьма меткое сравнение: «Если эпифиз уподобить биологическим часам, то **мелатонин — маятник**, который обеспечивает их ход. Чем меньше амплитуда маятника, тем **скорее остановится часовой механизм**». С возрастом генерация этого важного гормона уменьшается, и, вероятно, органы и системы организма могут «прочитать» это послание как сигнал к старению<sup>57</sup>. Но стоит ли сдаваться на милость обстоятельств? Вовсе нет, тем более что современная наука предлагает нам достойные решения немалого числа клинических задач, в том числе проблемы инсомнии пациенток старшей возрастной группы. **SP**

**[ Назначая МГТ, практикующему врачу следует помнить, что клинический эффект будет развиваться постепенно и в полной мере обеспечить коррекцию нарушений сна удастся спустя 2–3 нед от начала терапии. ]**

Библиографию см. на с. 84–86.

# Экспресс- маршрут

к выздоровлению

ТЕПЕРЬ В НОВОЙ  
УПАКОВКЕ



Доксициклина моногидрат

**АНТИБИОТИК С УЛУЧШЕННЫМИ  
ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ  
в форме диспергируемых таблеток\*<sup>1</sup>**



**Эффективность** АБ в форме диспергируемых таблеток  
сопоставима с эффективностью **внутримышечных инъекций\*\*<sup>1</sup>**



**Снижен риск нежелательных реакций** со стороны ЖКТ\*<sup>2,3</sup>  
(эзофагит, язва пищевода, диарея, диспепсические расстройства)



**Предпочтительно** принимать во время еды<sup>4</sup>

АБ – антибиотики. \* По сравнению с традиционными пероральными формами (капсулами; таблетками, покрытыми пленочной оболочкой);

\*\* При нетяжелых формах заболеваний

1. Зырянов С. К., Байбулатова Е. А. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии. Антибиотики и химиотерапия. 2019; 64(3-4):81-91.

2. Белоусов Ю.Б., Данилов А.Н., Зырянов С.К., Рачина С.А. Доксициклинаассоциированный эзофагит: современные фармакологические возможности

решения клинической проблемы. Consilium Medicum.2012;14(4):57-63

3. Аль-Шукри А. С., Коломицева М. Р., Петров С. Б. Доксициклин в лечении

инфекций мочевыводящих путей. Consilium Medicum. 2024;26(7):471-477.

4. Инструкция по медицинскому применению препарата Доксициклин ЭКСПРЕСС.

Реклама АО «Фармстандарт»  
pharmstd.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



[back-up]

Для библиографических ссылок

- Соловьёва А.В., Быкова О.Я. Стартовая терапия вульвовагинальных нарушений в постменопаузе // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №5 (122). — С. 73–76.

**StatusPraesens**

# стратегия win-win

Стартовая терапия вульвовагинальных нарушений в постменопаузе



**Авторы:** Алина Викторовна **Соловьёва**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Ольга Александровна **Быкова**, StatusPraesens (Москва)

Словарь Market Business News определяет Win-Win («выиграть/выиграть») как принцип принятия решений, где в выигрыше остаются все участники процесса. Лишь на первый взгляд кажется, что эта стратегия носит сугубо экономическую направленность. На самом деле её действие гораздо шире, и медицина, а в частности акушерство и гинекология, позволяет убедиться в этом. **Успех лечения** часто кроется не только в грамотном выборе «лекарства с гарантированной эффективностью», но и в формировании приверженности женщины к терапии — фактически в движении врача и пациентки к одной цели. Давайте посмотрим, как это работает в нашей с вами повседневности.

**В** 2014 году экспертами Международного общества по изучению женского сексуального здоровья (International society for the study of women's sexual health, ISSWSH) и Североамериканского общества по менопаузе (North American menopause society, NAMS) для комплекса ассоциированных с вульвовагинальной атрофией (BVA) нарушений был принят новый термин. Спустя более чем десятилетие можно заключить — **генитоуринарный менопаузальный синдром** (ГУМС) прижился в клинической практике для характеристики многочисленных проявлений дефицита эстрогенов и других половых гормонов.

Сухость и раздражение вульвовагинальной области, расстройства мочеиспускания, нарушения интимной сферы, атрофические изменения в области больших и малых половых губ, клитора, преддверия влагалища — всё это ГУМС<sup>1</sup>. Врачи не всегда эти проявления интерпретируют однозначно — по итогам систематического обзора 27 кли-

нических исследований (2021) распространённость ГУМС среди пациенток в постменопаузе оставляет от 13 до 87%<sup>2</sup>.

Немало случаев ГУМС остаётся без внимания специалистов, в том числе и потому, что сами женщины умалчивают о своих недугах, нередко полагая их «естественному сопровождением» менопаузы и порой попросту стесняясь говорить с врачом об этом. Так, в Италии, Германии, Испании и Великобритании был проведён онлайн-опрос, в котором приняли участие 3768 женщин в возрасте от 45 до 75 лет<sup>3</sup>. Исследование показало, что 47% респонденток **ничего не знали** о синдроме вагинальной атрофии, 8,1% слышали об этом, но не были осведомлены о его причинах, около 40% ассоциировали своё состояние с менопаузой.

Примечательно, что 62% опрошенных обсуждали изменения своего состояния с медицинскими работниками, но только у 10% инициатива разговора о симптомах BVA принадлежала меди-

**[ Немало случаев ГУМС остаётся без внимания специалистов, в том числе и потому, что сами женщины умалчивают о своих недугах, нередко полагая их «естественному сопровождением» менопаузы. ]**

кам. Назначенную терапию сочли эффективной 45% респондентов, причём среди этих назначений **преобладали** увлажняющие кремы и лубриканты.

Ещё одно исследование продемонстрировало некоторые недостатки в **формировании комплантности** к методам лечения<sup>4</sup>. В рамках этой работы частота прекращения терапии ВВА составляла 40%, причём неэффективными предпринимаемые меры назвали 46,6%, отказались от лечения ввиду неудобств использования средств 24,3%, сложности отметили 7,8%, а усиление вагинальных выделений стало причиной отрицания для 1,9% участниц.

Вроде всё известно, но...

Клинические проявления ГУМС на-прямую связаны со снижением уровня циркулирующих эстрогенов в постменопаузе. Эстрогеновые рецепторы «разбросаны» по органам мочеполовой системы женщины, что повышает уязвимость перед дефицитом женских половых гормонов, неизменно возникающим в старшем возрасте. Гистологические и анатомические изменения проявляются снижением эластичности тканей влагалища, повышением рН вагинального содеримого и трансформацией локального микробиома, а также ростом риска раздражений и травматизации слизистых оболочек<sup>5</sup>.

Отечественные клинические рекомендации и гайдлайны международных экспертных сообществ постулируют важность назначения пациенткам, страдающим ГУМС, **локальной терапии** низкими дозами **эстрогенов**<sup>6–9</sup>. Эффективность этой тактики основана на минимальном системном действии топических эстрогенов, их относительной безопасности при длительном применении, а также на способности устраниить симптомы сухости влагалища, диспареунии, восстанавливать оптимальный уровень рН влагалища и микробиоценоз<sup>10</sup>. Тем не менее следует учитывать ряд **объективных обстоятельств**, не позволяющих в полной мере реализовать потенциал гормональных средств (в частности, эстрогензависимые опухоли молочной железы и эндометрия; тромбоэмболические состояния), и всё ещё не изжитую в нашем обществе гормонофобию<sup>11,12</sup>.

## Как обойти острые углы

Авторы обзора 2021 года учли мнение пациенток, врачей и учёных, выделив восемь **ключевых показателей**, позволяющих оценить эффективность выбранной тактики ведения женщины<sup>13</sup>:

- • боль во время полового акта;
- • сухость вульвы и влагалища;
- • дискомфорт или раздражение вульвы и влагалища;
- • дискомфорт или боль при мочеиспускании;
- • динамику наиболее беспокоящего симптома;
- • дистресс, беспокойство или влияние мочеполовых симптомов;
- • удовлетворённость лечением;
- • побочные эффекты терапии.

В последнее время возрос интерес к средствам лечения ГУМС из сегмента «натуральных»: пероральным и вагинальным растительным добавкам, фитоэстрогенам, витаминам и пробиотикам. Интравагинальные средства, такие как увлажняющие кремы и смазки на водной, силиконовой или масляной основе, рекомендованы в качестве методов первой линии<sup>14</sup>.

## Увлажнить, защитить, создать подходящие условия

С возрастом в организме женщины можно наблюдать снижение выработки **гиалуроновой кислоты**, влекущее за собой целый каскад изменений — истончение эпителия влагалища, нарушение кровоснабжения тканей, потерю их эластичности<sup>15</sup>. Для местного применения разработаны средства с этим веществом, которые помогают справиться с такими симптомами, как сухость влагалища и диспареуния, за счёт улучшения гидратации.

Средства на основе гиалуроновой кислоты эффективно устраниют сухость и диспареуннию, способствуют заживлению травматических повреждений тканей, поддерживая пролиферацию клеток и ангиогенез<sup>16–18</sup>. Рандомизированное пилотное клиническое исследование показало, что как вагинальный гель с гиалуроновой кислотой, так и крем с эстриолом облегчает симптомы сухости влагалища у женщин в постменопаузе<sup>19</sup>. В частности, из 49 пациенток 91% пользовательниц геля с гиалуроновой кислотой и 96% тех, кто использовал крем с эстриолом, сообщили об **улучшении симптомов**, при этом статистически значимой разницы между двумя методами лечения не было. К аналогичным выводам ранее пришли авторы систематических обзоров 2021 и 2023 годов, подтвердив широкий спектр возможностей средств на основе гиалуроновой кислоты в качестве достойной **альтернативы** топическим эстрогенам<sup>20,21</sup>.

В 2021 году учёные из США опубликовали результаты исследования, целью которого стал поиск связи **состава вагинальной микробиоты** с клиническими проявлениями ГУМС на разных этапах пери- и постменопаузы. Под наблюдением были 750 женщин в возрасте 35–60 лет. Авторы работы пришли к выводу, что пациентки в постменопаузе с относительно **низкой численностью** *Lactobacillus* чаще страдали от атрофии и сухости влагалища, а также отмечали снижение либидо в сравнении с участниками, у которых преобладали лактобактерии<sup>22</sup>.

Лактобактерии защищают от окислительного стресса, вырабатывают молочную кислоту, обладающую противовоспалительными свойствами, что очень важно в контексте возрастных изменений — и обеспечения адекватной профилактики ГУМС<sup>23</sup>. В 2024 году исследователи продемонстрировали убедительные доказательства влияния состава вагинальной микробиоты на **возникновение и тяжесть течения** ГУМС<sup>24</sup>.

**[ Пациентки в постменопаузе с относительно низкой численностью *Lactobacillus* чаще страдают от атрофии и сухости влагалища, а также отмечают снижение либидо, что отражается на качестве жизни. ]**

[ В последнее время значительно возрос интерес практикующих специалистов и пациенток к средствам лечения генитоуринарного менопаузального синдрома из сегмента «натуральных»: пероральным и вагинальным растительным добавкам, фитоэстрогенам, витаминам и пробиотикам. ]



© fotokostic / коллекция/stock

Разнообразие представленных во влагалище в значимых количествах видов микроорганизмов впечатляет: от шести у женщин репродуктивного возраста до 178 в ранней постменопаузе. Лактобактерии преобладали во всех этих группах, уступив свои позиции кишечной палочке лишь в поздней постменопаузе, когда видовое разнообразие несколько снизилось — до 158.

Количество вагинальных лактобактерий было обратно ассоциировано с тяжестью симптомов ГУМС, при этом использование интравагинального средства на основе живых лактобактерий при выраженном ГУМС в течение 10 дней дало положительные результаты. Спустя 2 нед после лечения выраженность генитальных симптомов снизилась со 100 до 72,4%, урологических — с 75,9 до 62,1%, а нарушений сексуальной сферы — с 93,1 до 86,2%. Дотация лактобактерий позволила улучшить самочувствие пациенток и качество их жизни.

Интересны также результаты пилотного рандомизированного контролируемого исследования с участием здоровых женщин в пре- и постменопаузе<sup>25</sup>. В течение 4 нед пациентки первой группы (14 женщин в пременопаузе и 16 в постменопаузе) использовали мыло и крем, содержащие лактобактерии, а вторая группа (15 и 14 соответственно) применяла гель для интимной гигиены, содержащий лактобактерии, в дополнение к мылу и крему. Ещё шесть женщин в пременопаузе и пять в постменопаузе не использовали никаких средств, став кон-

трольной группой. Нарушения мочеполовой системы значительно снизились у 60% женщин в пременопаузе в первой группе и у 81,3% женщин в постменопаузе во второй по сравнению с контрольной группой.

Ещё одно полезное в борьбе с ГУМС соединение — пантотеновая кислота — было открыто более 90 лет тому назад, в 1931 году<sup>26</sup>. Её спиртовой аналог — декспантенол, способный легко преодолевать кожный барьер, — стал важным компонентом широкой линейки средств интимной гигиены и препаратов для лечения болезней кожи и слизистых оболочек<sup>27</sup>.

Нарушение кожного барьера играет важную роль в развитии различных дерматологических заболеваний, таких как сухость, различные виды дерматита. Особые гигроскопические свойства декспантенола и его способность удерживать влагу обеспечивают увлажнённость кожи. В экспериментах показано, что декспантенол увеличивает молекулярную подвижность некоторых липидных и белковых сегментов рогового слоя, тем самым придавая коже свойства увлажнённости даже в условиях обезвоживания и восстанавливая эпидермальный барьер. В целом многолетние исследования демонстрируют важный в контексте ГУМС функционал декспантенола: ускорение ремарации эпителия, стимулирование пролиферации фибробластов, лежащее в основе заживления повреждений кожи и слизистых оболочек, страдающих от атрофии<sup>28</sup>.

## ФИТОКЛАССИКА

Фитоэстрогены — это группа нестероидных полифенольных веществ растительного происхождения, которые уже на протяжении длительного периода активно используют в схемах лечения состояний, связанных с постменопаузой<sup>29</sup>. Они оказывают как геномное, так и негеномное воздействие, демонстрируя слабое сродство к эстрогеновым рецепторам, преимущественно типа β. К наиболее изученным источникам изофлавонов относят экстракты красного клевера (*Trifolium pratense*), цимицифуги, сои<sup>30</sup>.

В большинстве исследований подтверждена эффективность перорально-го приёма фитосредств, однако именно понимание того факта, что в основе атрофии слизистой оболочки влагалища и других симптомов ГУМС лежит прогрессирующее снижение концентрации эстрогенов, привело многих учёных к предположению, что и обогащение состава средств для наружного применения изофлавонами будет не менее действенно в устранении симптоматики.

[ Этноботаника — междисциплинарная область исследований с упором на эмпирические знания коренных народов о природных растительных веществах, влияющих на здоровье, и связанных с ними рисках. ]

В частности, об этом свидетельствуют результаты систематического обзора 33 научных публикаций, представленного в 2021 году<sup>31</sup>. А метаанализ 2016 года показал, что приём на протяжении 12 нед средство, в состав которых входил экстракт **красного клевера**, уменьшил субъективное ощущение сухости влагалища, что было подтверждено объективными параметрами созревания эпителия<sup>32</sup>.

Кремы и гели из **листьев алоэ** — одни из **самых распространённых** средств в современной косметологии и фитофармакологии. Это лекарственное растение применяют для лечения кожных заболеваний (ожогов, ран и воспалительных процессов), доказаны и его другие терапевтические свойства: антиоксидантные, противодиабетические и гиполипидемические<sup>33</sup>.

Рандомизированное контролируемое исследование с участием 60 женщин, предъявляющих жалобы на симптомы атрофии слизистой оболочки влагалища (на протяжении 6 нед половина пациенток получала топический эстрогеновый препарат, а другая — крем с алоэ вера), показало интересные результаты. К окончанию периода наблюдения оба средства обладали **схожим эффектом** в купировании симптомов атрофии<sup>34</sup>.

## ЭТНОБОТАНИКА

Большинство вторичных растительных соединений, используемых в современной медицине, были выявлены в ходе **этноботанических исследований**. В современной медицине этот термин можно встретить нечасто. Тем не менее **этноботаника** — междисциплинарная область исследований с особым упором на эмпирические знания коренных народов о природных растительных веществах, влияющих на здоровье и благополучие, и связанных с ними рисках<sup>35</sup>.

виды ямса<sup>39</sup>. Содержащиеся в корне *Dioscorea villosa* сапонины обладают противовоспалительным, антимитогенным и трофическим эффектами. В ретроспективном исследовании 2024 года местное использование экстракта дикого ямса на протяжении 5 мес обеспечило облегчение симптомов сухости и болезненности, а также урологических нарушений<sup>40</sup>.

Ещё одно весьма непривычное наше слуху, но достаточно хорошо изученное растение — **центелла азиатская** (*Centella asiatica*)<sup>41</sup>. Основной ареал обитания этого растения — Азия и Австралия. Природа наделила центеллу достаточно широким спектром возможностей. Так, в **дерматологии** *Centella asiatica* используют для заживления ран, гипертрофических поражений кожи, ожогов и даже лечения псориаза<sup>42</sup>.

В рамках исследования 25 участников на протяжении 4 нед наносили на кожу предплечья эмульсию и гель с экстрактом центеллы и косметическое средство плацебо<sup>41</sup>. Было отмечено значительное повышение уровня **увлажнённости рогового слоя** уже после первой недели применения тестируемых средств. Эмульсия с экстрактом центеллы азиатской оказывает значительное влияние на увлажнение кожи и барьерную функцию эпидермиса, особенно на плотность эпидермального барьера.

Противовоспалительные свойства центеллы азиатской обусловлены, как и у ямса, прежде всего **апонинами**, которые способствуют ингибированию противовоспалительных цитокинов<sup>43,44</sup>. Помимо **ускорения процесса заживления** ран, на фоне использования средств с экстрактом центеллы наблюдают увеличение прочности тканей в ответ на растяжение, подавление воспалительных реакций при келоидных и гипертрофических рубцах<sup>45</sup>.

## Играют все. Без фальши

Несмотря на внушительный список «персональных» достижений каждого из перечисленных веществ, невозможно говорить о том, что монотерапия позволит решить многочисленные задачи нормализации состояния пациентов в перименопаузе. Современным специалистам хорошо известно, что

грамотно подобранный комплекс мер обеспечит лучший результат. Действующие клинические рекомендации в числе мероприятий при выявлении симптомов ГУМС, особенно на начальных этапах, отмечают эффективность негормональных лубрикантов и увлажняющих средств пролонгированного действия. Одним из примеров таких средств может служить дозированный крем для интимной гигиены «Триофемин». В состав крема вошла комбинация пантенола, натрия гиалуроната, живых лактобактерий (*L. acidophilus*, *L. casei rhamnosus Doderleini*) и фитоквартет экстрактов дикого ямса, центеллы азиатской, красного клевера и алоэ вера.

Недавно опубликованы результаты исследования отечественных учёных, проверивших клиническую эффективность крема «Триофемин» у пациенток в постменопаузе<sup>46</sup>. Под наблюдением были 50 женщин (средний возраст 56,4 года). Практически все из них предъявляли жалобы на вагинальную сухость, 78% отмечали зуд или чувство жжения, 64% — диспареунию, 36% указали на учащение случаев вагинального дисбиоза в последнее время. Спустя месяц использования дозированного крема субъективная картина значительно улучшилась: 82% участниц отметили исчезновение или уменьшение ощущения сухости, 76% перестали беспокоить зуд и жжение, 33% избавились от диспареунии. Данные объективного обследования показали восстановление pH влагалища до нормального уровня, улучшение трофического состояния слизистой оболочки.

Важным клиническим эффектом стало увеличение доли женщин с нормоценоzem (с 10 до 42%) и умеренным дисбиозом (с 32 до 46%). Несомненно, восстановление микробиологического баланса — важный шаг к устраниению вагинальной атрофии и профилактике ГУМС. Все участницы исследования отметили удобство применения крема и отсутствие нежелательных явлений в процессе его использования. Комплексное действие «Триофемина» — увлажняющее, регенерирующее, противовоспалительное, пробиотическое — наряду с хорошим профилем безопасности значительно расширяет возможности ведения пациенток в период менопаузы, особенно в ситуации, когда применение гормональных средств ограничено.



Стивен Кови (Stephen R. Covey), автор известной во всём мире книги «7 навыков высокоеффективных людей», весьма чётко сформулировал значение стратегии Win-Win в повседневной жизни: «Выиграл/выиграл» — это не технический приём. Это всеобъемлющая парадигма взаимодействия между людьми. Общая победа не означает победы над другими людьми. Она означает успех в эффективном взаимодействии, приносящий взаимовыгодные результаты каждому его участнику.

Общая победа означает коллективную работу, общение друг с другом, совместное создание того, чего те же самые люди не смогли бы создать в одиночку». При рассмотрении Win-Win сквозь призму медицины очевидно, что усилия врача в поиске эффективных и безопасных средств лечения любого заболевания в совокупности с доверием пациентки к этим усилиям могут стать той самой историей взаимного выигрыша. 

Библиографию см. на с. 84–86.



## ИДЕАЛЬНЫЙ СТАРТ ПРИ ГУМС/ВВА<sup>1,2</sup>

Уникальная комбинация лактобактерий, фитокомплекса и гиалуроновой кислоты уменьшает выраженность симптомов ГУМС/ВВА:

- ✿ Нормализация влагалищной микрофлоры<sup>3</sup>
- ✿ Восстановление и пролиферация влагалищного эпителия<sup>4</sup>
- ✿ Увлажнение и повышение эластичности слизистой влагалища<sup>5</sup>



БИОТЕХФАРМ

[www.triofemin.ru](http://www.triofemin.ru)

Россия, 127106, г. Москва, Алтуфьевское ш., д. 27, оф. 339

<sup>1</sup> The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. Menopause; September 2020 – Volume 27 – Issue 9 – p 976-992 doi: 10.1097/GME.00000000000001609

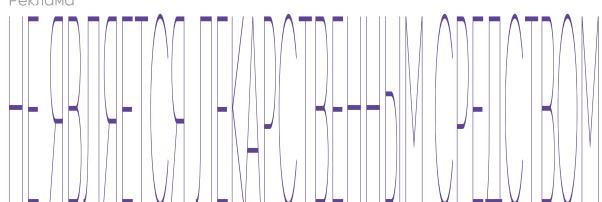
<sup>2</sup> Менопауза и климатическое состояние у женщины. Клинические рекомендации. Москва. 2024

<sup>3</sup> Zeng Q, Shu H, Pan H, Zhang Y, Fan L, Huang Y, Ling L. Associations of vaginal microbiota with the onset, severity, and type of symptoms of genitourinary syndrome of menopause in women. Front Cell Infect Microbiol. 2024 Sep 24;14:1402389. doi: 10.3389/fcimb.2024.1402389. PMID: 39380726; PMCID: PMC11458563

<sup>4</sup> Ritzmann D. Herbal Treatment of Female Urogenital Atrophy: A Retrospective Cohort Analysis. Complement Med Res. 2024;31(2):124–132. doi: 10.1159/000536193. Epub 2024 Jan 11. PMID: 38211573; PMCID: PMC11098024

<sup>5</sup> Dos Santos CCM, Uggioni MLR, Colonnelli T, Colonnelli L, Grande AJ, Da Rosa MJ. Hyaluronic Acid in Postmenopausal Vaginal Atrophy: A Systematic Review. J Sex Med. 2021 Jan;18(1):156–166. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.016. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33293236.

Реклама



StatusPraesens



# Contra- versiOn

Для библиографических ссылок

• Катаев Н.А. Трансформация женщины 45+: менопауза — не конец, а новое начало [по материалам выступлений В.Е. Радзинского, О.И. Климовой, А.М. Савичевой, К.Ю. Зальмуниной] // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №5 (122). — С. 79–83.

# с грозой, с метелью, с весенней капелью

Трансформация женщины 45+: менопауза — не конец,  
а новое начало

По материалам выступлений: Виктора Евсеевича Радзинского, засл. деятеля науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Ольги Ивановны Климовой, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО того же института (Москва); Алевтины Михайловны Савичевой, засл. деятеля науки РФ, докт. мед. наук, проф., зав. отделом микробиологии НИИ АГиР им. Д.О. Отта, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики СПбГПМУ (Санкт-Петербург); Константина Юрьевича Зальмунина, канд. мед. наук, доц. кафедры неврологии с курсами психиатрии, клинической психологии и медицинской генетики ИФМиБ КФУ (Казань)

Автор-обозреватель: Никита Андреевич Катаев, StatusPraesens (Москва)

Период постменопаузы нередко вызывает **вопросы и опасения**. Тем не менее это время не только приносит многочисленные проблемы, но и служит основанием для пересмотра привычного образа жизни и «медицинского» подхода к здоровью. Женщины, вступающие в этот новый этап, сталкиваются с трансформациями не только в физическом плане, но и в эмоциональном и социальном. Это время — уникальный шанс для **переоценки своих потребностей**, целей и приоритетов.

В последние годы неуклонно возрастает число пациенток, готовых активно участвовать в управлении своим здоровьем и качеством жизни. При этом усовершенствованные медицинские подходы и **новые антиэйдж-стратегии** позволяют эффективно решать возникающие проблемы в стремлении обеспечить активное долголетие. Обсуждение этих аспектов особенно актуально, так как женщины переживают этот этап с совершенно новыми ожиданиями и пониманием.

Именно эта тема была рассмотрена в рамках 19-го Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 5–8 сентября 2025 года) на секционном заседании «На приёме пациентка 45+».

**В**ступительное слово произнёс акад. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский. Он подчеркнул, что к акушерам-гинекологам каждый день на приём приходят женщины, которые стоят на пороге постменопаузального перехода. За менопаузой следует целый спектр различных соматических, эмоциональных и социальных изменений. Количество пациенток этой возрастной группы **неуклонно растёт с каждым годом**<sup>1</sup>, и, как следствие, увеличивается спектр жалоб. Наряду с классическими проблемами, такими как **патологические вагинальные выделения**, нарушения менструального цикла и боли в области малого таза, появляется необходимость в поиске способов обеспечения **активного долголетия**.

В настоящее время у врачей имеется целый **арсенал решений**, которые могут изменить восприятие этого периода. Современные подходы к поддержанию здоровья, включая гормональную терапию, фитосредства и методы психоэмоциональной поддержки, — лишь некоторые из вариантов, помогающих женщинам успешно справляться с возникающими трудностями.

## Краски менопаузы

Ключевые аспекты **постменопаузы** и её влияния на жизнь пациенток стали темой доклада доц. Ольги Ивановны Климовой. Этот непростой период ознаменован не



Ольга Ивановна Климова, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института РУДН им. Патрика Лумумбы (Москва)

При наличии медицинских противопоказаний к менопаузальной гормональной терапии — или непреодолимой **гормонофобии!** — возникает вопрос: «Что же делать дальше?» Здесь на помощь приходят **фитоэстрогены**, которые могут служить достаточно эффективной альтернативой. Эти природные соединения, обнаруженные в зелёных растениях, обладают способностью имитировать действия половых гормонов в организме<sup>5</sup>.

Исследования показывают, что некоторые природные соединения выступают не только эффективными фитоэстрогенами, но и **мощными антиоксидантами**. Один из ярких примеров — **ресвератрол**. Этот полифенол, встречающийся в виноградных косточках и некоторых ягодах, обладает многообразными действиями. За счёт своей способности снижать **уровень воспалительных маркёров** ресвератрол помогает адаптировать организм к изменениям,

вают, что к 2035 году количество переломов бедренной кости среди пациенток в этой возрастной группе **увеличится на 43%**<sup>8</sup>. Подобная тенденция требует от медицинского сообщества повышенного внимания и активных действий.

Для лечения и профилактики остеопороза, помимо гормональной терапии, необходимо назначать препараты, содержащие компоненты с **антирезорбтивным эффектом**. Ключевыми звенями, необходимыми для поддержания прочности костной ткани, служат микро- и макроэлементы. **Кальций** — важнейший структурный компонент кости, который ответственен за её жёсткость и прочность. Кроме того, с ним активно взаимодействует **фосфор**, формируя структуры костной ткани<sup>9</sup>. **Магний** в свою очередь выступает регулятором активности остеобластов и остеокластов, играя центральную роль в процессах, связанных с минерализацией кости. Дефицит этого макроэлемента может привести к структурным изменениям, повышая риск переломов<sup>10</sup>.

Не менее важны цинк и бор, которые выступают как **кофакторы для ферментов**, участвующих в синтезе компонентов матрикса костной ткани. **Цинк** способствует делению клеток и образованию коллагена, а его недостаток негативно сказывается на reparативных процессах. **Бор** в свою очередь необходим для нормального роста клеток кости<sup>11</sup>.

Действие витаминов также невозможно переоценить. **D-гормон** играет ключевую роль в метаболизме костной ткани, регулируя уровень кальция и фосфора, а снижение его концентрации ассоциировано с увеличением риска переломов<sup>12</sup>. **Витамин К** активирует процессы, способствующие накоплению кальция в костях, одновременно препятствуя его отложению в мягких тканях, таких как кровеносные сосуды<sup>13</sup>. **Аскорбиновая кислота**, важная для синтеза коллагена и внеклеточного матрикса в целом, также необходима для нормального роста и восстановления костей<sup>14</sup>.

Вышеуказанные компоненты наряду с легкоусвояемым кальцием в форме микрокристаллического гидроксиапатита присутствуют в составе комплекса «MRM Nutrition Бон Максимайзер». Его формула, разработанная с учётом потребностей организма женщин в постменопаузу, эффективно поддерживает

## [ Старение — важный фактор, оказывающий существенное влияние на здоровье. По мере перехода в постменопаузальный период возрастают риски многочисленных ассоциированных с возрастом заболеваний. ]

только гормональными изменениями, но и физическими и психологическими неудобствами, которые могут существенно **снизить качество жизни**. Головные боли, колебания настроения, ночная потливость и увеличение массы тела становятся **привычными спутниками**. Когнитивные нарушения — от провалов в памяти до затруднений с сосредоточением — также вызывают серьёзное беспокойство. Эксперты в области антиэйджинга признают значимость **комплексного подхода** к решению этих задач<sup>2</sup>.

Старение — важный фактор, оказывающий влияние на здоровье. По мере перехода в постменопаузальный период возрастают риски многочисленных **ассоциированных с возрастом заболеваний**<sup>3</sup>. **Висцеральное ожирение**, метаболические изменения, сердечно-сосудистые нарушения, инсулинерезистентность, угроза генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) становятся реальными проблемами<sup>4</sup>.

связанным с возрастом. Он способствует улучшению сердечно-сосудистой функции, а также защите нервных клеток, что делает его незаменимым при профилактике когнитивных расстройств<sup>6</sup>. Среди биологически активных добавок (БАД), содержащих этот компонент, можно выделить «MRM Nutrition Ресвератрол», в состав которого входят экстракты корня горца японского, красного вина и виноградных косточек. Благодаря формуле, насыщенной активными компонентами, этот комплекс способен стать настоящим помощником в борьбе с явлениями постменопаузы.

Далее лектор остановилась на одной из наиболее грозных проблем — **постменопаузальном остеопорозе**. Это состояние затрагивает многих людей старше 50 лет, и статистика выглядит тревожно. Около 34% женщин старше 50 лет страдают с остеопорозом, а 43% имеют состояние, предшествующее ему, — остеопению<sup>7</sup>. Специалисты предсказы-

здоровье костей, предотвращая остеопению и остеопороз.

В связи с вышеизложенным профилактика остеопороза и других заболеваний особенно актуальна для пациенток в постменопаузальный период. Оздоровительные меры, направленные на поддержание баланса витаминов и различных элементов, а также использование высококачественных добавок способствует не только **укреплению костей**, но и улучшению общего состояния здоровья, создавая новые возможности для поддержания активности и **качественной жизни**.

## Микроклимат здоровья

Не менее значимая проблема, ассоциированная с возрастом, — **ГУМС**. Начиная свой доклад, проф. Алевтина Михайловна **Савичева** отметила, что этот инициируемый дефицитом эстрогенов синдром, оказывает существенное влияние на общее качество жизни и сопровождается **рядом неприятных симптомов**, таких как сухость, жжение и зуд в области половых органов, а также недержание мочи. Эти проявления могут оказывать значительное воздействие на эмоциональное состояние и интимную жизнь<sup>15</sup>.

**Атрофические изменения** слизистой оболочки влагалища и **нарушения его биоценоза** — неотъемлемая часть дисфункциональных процессов при ГУМС. **Снижение уровня эстрогенов** нарушает нормальную вагинальную микробиоту, а лактобациллы, играющие важную защитную роль, не могут столь эффективно справляться со своей задачей, делая женщину более уязвимой к различным патогенным микроорганизмам. В таких условиях **восстановление численности полезных бактерий** становится критически важным для нормализации микробного баланса и предотвращения потенциальных осложнений<sup>16</sup>.

Фокус на нормализации микробиоты требует назначения **пробиотических средств** с активными *Lactobacillus*. Эти микроорганизмы не только способствуют улучшению местного иммунитета, но и активируют механизмы защиты на клеточном уровне. Кроме того, они **нормализуют кислотность** во влагалище, создавая тем самым неблагоприятные условия для роста патогенных бактерий,

что служит ключевым аспектом в борьбе с рецидивирующими инфекциями<sup>17</sup>.

В контексте врачебной практики важно помнить, что нарушение вагинальной микробиоты часто может сопровождаться **инфекцией мочевых путей**. Эффективная профилактика этих состояний требует осознания рисков, связанных с восходящим поступлением микроорганизмов из периуретральной области в нижние мочевые пути. Назначение антибиотиков, хотя и может **временно устранить инфекцию**, часто ведёт к дисбалансу во влагалищной микробиоте<sup>18,19</sup>. Это подчёркивает необходимость собственно профилактических мер и **альтернативных терапевтических стратегий**, которые могут быть более безопасными<sup>20</sup>.

Среди **нейтромикробных методов** стоит выделить добавки с D-маннозой и экстрактом клюквы, которые демонстрируют высокую эффективность. **D-манноза**, помимо её протективного действия, предотвращает адсорбцию



Алевтина Михайловна Савичева, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., зав. отделом микробиологии НИИ АГиР им. Д.О. Отта, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики (ПбГПМУ (Санкт-Петербург))

## По новым правилам

Федеральный закон № 150-ФЗ, подписанный 7 июня 2025 года, внес поправки в несколько законодательных актов, ужесточая контроль над **производством, распространением и назначением БАД**. Таким образом, с 1 сентября 2025 года вступили в силу следующие важные изменения.

- В **новый перечень** будут включены только те БАД, которые соответствуют строгим критериям качества и эффективности, установленным Минздравом РФ.
- Теперь врачи **могут назначать БАД** своим пациентам, но только если соответствующее средство включено в специальный перечень. Добавки должны быть назначены в соответствии с **методическими рекомендациями**, чтобы обеспечить их безопасность и эффективность.
- Чтобы избежать конфликта интересов, медицинским работникам **запрещено получать оплату** от производителей БАД или заключать соглашения о назначении добавок. Также они не могут публиковать недостоверную информацию о своей продукции.
- Сайты, распространяющие информацию о БАД, не прошедших регистрацию и не соответствующих требованиям, могут быть **заблокированы без судебного разбирательства**. Это касается и добавок, которые не имеют официальной маркировки.
- Производителям БАД теперь **запрещено использовать потенциально опасные вещества**, такие как кормовые добавки, стимуляторы роста животных, пестициды и агрохимикаты. Ужесточились также требования к маркировке и прослеживаемости продукции.

Новое регулирование должно сделать рынок БАД **более прозрачным, безопасным и надёжным для всех участников**. Теперь пациенты смогут принимать добавки исключительно по назначению врача и только из официального перечня, что поможет снизить риски от использования некачественных средств.

различных патогенов на поверхности тканей. Этот механизм важен для блокировки взаимодействия бактериальных фимбрий с эндотелием, что существенно снижает вероятность рецидивов дисбиоза влагалища и инфекций мочевых путей<sup>21</sup>.

Антиоксидантные и противовоспалительные свойства **экстракта клюквы** добавляют ещё один уровень защиты<sup>22,23</sup>. Входящие в состав этой ягоды биологически активные полифенолы, такие как проантоксиандины, играют ключевую роль в угнетении прикрепления уропатогенных *Escherichia coli* к эпителию мочевого пузыря<sup>24</sup>. Более того, исследовательские работы показывают, как эти соединения могут негативно влиять на менее распространённые микробы, такие как *Proteus mirabilis* и *Enterococcus faecalis*, надёжно защищая организм от множества инфекций<sup>25</sup>.

Среди комплексных БАД с D-маннозой и экстрактом клюквы можно выделить «MRM Nutrition Женский Пробиотик», содержащий к тому же **лактобациллы двух штаммов** (*Lactobacillus plantarum* и *Lactobacillus paracasei*). Синергическое действие всех компонентов этого комплекса подтверждено множественными клиническими испытаниями, что делает его ценным средством для профилактики инфекций мочевых путей у женщин с рецидивирующими дисбиозами<sup>26</sup>. Важно отметить, что в его производстве использована инновационная технология **микрокапсуляции** MicroBac, благодаря которой бактерии защищены липидной оболочкой растительного происхождения. Это способствует выживанию пробиотических микроорганизмов при попадании в желудочно-кишечный тракт — **стойкость оболочки** к воздействию соляной кислоты и жёлчи критична для их активного действия в кишечнике.

В отечественном исследовании 2025 года специалисты подтвердили, что комплекс, содержащий лактобациллы, экстракт клюквы и D-маннозу, обладает **выраженной антибактериальной активностью** против условно-патогенных

микроорганизмов, выделенных из урогенитального тракта женщин. Кроме того, авторы отметили **устойчивость** изучаемых штаммов *L. plantarum* и *L. paracasei* к различным антибактериальным препаратам, широко используемым в клинической практике. Это открытие создаёт прочную научную основу для рекомендации совместного использования этого комплекса с антибиотиками<sup>27</sup>.

Таким образом, **комплексный подход**, основывающийся на восстановлении микробиоты влагалища с помощью дотации пробиотиков и использования эффективных средств, таких как D-манноза и экстракт клюквы, представляет собой эффективную стратегию в лечении и профилактике проявлений ГУМС. Это не просто усреднённый набор методов, а **целенаправленный шаг** к обеспечению высокой степени комфорта и благополучия для женщин, сталкивающихся с этим достаточно деликатным заболеванием. **Облегчение симптомов** не только улучшает качество



Константин Юрьевич Зальмунин, канд. мед. наук, доц. кафедры неврологии с курсами психиатрии, клинической психологии и медицинской генетики ИФМиБ КФУ (Казань)

жизни, но и способствует созданию более здоровой среды для интимной сферы жизни и общего эмоционального состояния пациенток.

## В ПОИСКАХ ЯСНОСТИ

В заключительной части заседания доц. Константин Юрьевич **Зальмунин** акцентировал внимание участников на важности **психического здоровья** женщин в зрелом возрасте. Особенно остро ощущается проблема **когнитивных нарушений**. Эти изменения влияют на общее состояние пациенток и качество их жизни, что в конечном счёте важно и для акушеров-гинекологов, поскольку постменопаузальные соматические нарушения тоже имеют свои невидимые **психоэмоциональные последствия**<sup>28</sup>.

Когнитивные нарушения в контексте старения стали серьёзной угрозой. Согласно прогнозам учёных, к 2050 году количество людей с деменцией **достигнет 152,8 млн**<sup>29</sup>. Взгляды на проблему эволюционируют в соответствии с новыми открытиями. Статистика показывает, что ментальные расстройства часто возникают на фоне других состояний, таких как депрессия или тревога, что подчёркивает необходимость комплексного подхода в лечении. Недостаточная диагностика в этом контексте может привести к безвозвратным изменениям, которые **ухудшают качество жизни** многих женщин.

Сосудистые нарушения головного мозга, которые выступают **частыми виновниками** этих расстройств, требуют пристального внимания, особенно в период постменопаузальном периоде<sup>30</sup>. Эти состояния могут проявляться приливами, повышенной эмоциональностью и даже **астено-невротическим синдромом**, создавая дополнительные сложности как для пациенток, так и врачей<sup>31</sup>.

Не менее важным остается вопрос о том, как **снизить негативные последствия** когнитивных нарушений. Ключевыми моментами служат диагностика и раннее вмешательство. Эксперты говорят, что использование различных стратегий и методик может предотвратить прогрессирование патологических процессов<sup>32</sup>.

В этой связи особое место в терапевтическом процессе занимают различные добавки, например **L-карнитин**<sup>33</sup>. Эта ами-

**[ Сосудистые нарушения головного мозга, которые выступают частыми виновниками когнитивных расстройств, требуют пристального внимания специалистов, особенно в пери- и постменопаузальном периоде. ]**

нокислота, легко преодолевающая гематоэнцефалический барьер, участвует в синтезе ацетилхолина — важного компонента для эффективной **работы нервной системы**. При добавлении ацетильной группы она способствует улучшению энергетического обеспечения нейронов, защищает митохондриальную ДНК, **уменьшает окислительный стресс** и модулирует работу нейромедиаторов<sup>34</sup>. Исследования показывают, что ацетил-L-карнитин способствует улучшению когнитивных функций и **замедлению их нарушений**<sup>35</sup>. Также он снижает воспалительные процессы, что особенно важно для минимизации сосудистых и нейродегенеративных повреждений у пожилых женщин<sup>36</sup>.

В России ацетил-L-карнитин представлен в комбинации с витамином В<sub>6</sub> в виде БАД под торговым названием «MRM Nutrition Ацетил L-Карнитин». Такая формула обеспечивает иммунную защиту и активирует энергетические процессы, что делает его эффективным инструментом для лечения когнитивных нарушений. Комплекс демонстрирует хорошую переносимость и минимальное количество побочных эффектов при длительном приёме, что обеспечивает его клиническую безопасность и высокую приверженность терапии<sup>34–36</sup>.

Ещё одним важным элементом терапии выступает **5-гидрокситриптофан**, который служит предшественником серотонина и помогает в улучшении настроения и снижении тревожности<sup>37</sup>. Его использование избавляет от нежелательных симптомов, таких как головокружение и усталость, которые могут возникать при **отмене антидепрессантов**<sup>38</sup>. Хорошо за рекомендовавший себя на российском рынке БАД «MRM Nutrition 5-HTP» объединяет все преимущества 5-гидрокситриптофана и обеспечивает эффективную поддержку, способствуя профилактике депрессии и тревоги. Кроме того, стоит отметить, что технология производства позволяет получить качественный продукт, **не содержащий глютен и генетически модифицированные продукты**. Это сертифицированный веганский БАД, который подходит для людей, не потребляющих продуктов животного происхождения.

Вопрос когнитивных нарушений и методов их коррекции **требует вовлечённости** врачей многих специальностей. Понимание этих процессов и информированность о современных терапевтических средствах может значительно повысить качество жизни пациенток. Психическое здоровье должно находиться в **центре внимания**, и только совместными усилиями можно создать условия для благополучия всего общества.



Существует **множество стратегий борьбы** с заболеваниями, ассоциированными с возрастом, и важно не только развивать эти подходы, но и **открыто говорить о них**. Каждое обсуждение симптомов и переживаний имеет значение, ведь оно помогает выявить не только физиологические, но и психологические потребности. Это в свою очередь способствует более целостному и эффективному лечению. Лишь освещая темы, которые долгое время оставались в тени «более важных проблем», можно изменить восприятие здоровья женщин, предоставляя им **необходимую поддержку** в этот важный период жизни. 

Библиографию см. на с. 84–86.

Реклама



# ПОЗВОЛЬ СЕБЕ БЫТЬ СВОБОДНОЙ



AM.01.04.01.003.R.0000019.01.124

**При рецидивах бактериального вагиноза и кандидоза**

**При хронических циститах**

**Для нормального микробиоценоза влагалища**

**При ГУМС**

**БАД не является лекарственным средством**

1. Li Y, Jiang Y, Lessing D et al. Exploring of probiotic potential vaginal lactobacillus isolates from healthy women against *Gardnerella vaginalis* and *Caenorhabditis elegans* model testing. *Journal of Applied Microbiology*. 2022;133(3):1392–1401.
2. Liu P, Lu Y, Li R et al. Use of probiotic lactobacilli in the treatment of vaginal infections: In vitro and in vivo investigations. *Front Cell Infect Microbiol*. 2023;13:1153894. doi: 10.3389/fcimb.2023.1153894.
3. Бельт Л.Е. Перспективы применения Д-маннозы в профилактике и лечении инфекций мочевого пузыря у женщин. Акушерство и гинекология. 2023;5:21–28. <https://dx.doi.org/10.18565/ajig.2022.295>.
4. Koirala R, Gargari G, Arioli S et al. Effect of oral consumption of capsules

StatusPraesens / 83

# Литература и источники

## Новости

- Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций Проект Приказа Минздрава РФ. — URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56929088/>.
- Nobel prize outreach 2025: Press release. 6 Oct. 2025. — URL: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2025/press-release/>.
- Sakaguchi S., Sakaguchi N., Asano M. et al. Pillars article: immunologic self-tolerance maintained by activated T cells expressing IL-2 receptor  $\alpha$ -chains (CD25). Breakdown of a single mechanism of self-tolerance causes various autoimmune diseases // *J. Immunol.* 1995, Vol. 186, №7. P. 3808–3821. [ PMID: 12422251 ]
- Bennett C.L., Brunow M.E., Ramsdell F. et al. A rare polyadenylation signal mutation of the FOXP3 gene (AAUAAA→AUAAGAA) leads to the iPEX syndrome // *ImmunoGenetics*. 2001, Vol. 53, №6. P. 435–439. [ PMID: 11685453 ]
- Hori S., Nomura T., Sakaguchi S. Control of regulatory T cell development by the transcription factor Foxp3 // *Science*. 2003, Vol. 299, №5609. P. 1057–1061. [ PMID: 12522256 ]
- Wang J., Liu H., Yu G. et al. Human placent-derived mesenchymal stem cells ameliorate diabetic kidney disease by modulating the T helper 1 cell / regulatory T-cell balance through the programmed death 1 / programmed death-ligand 1 pathway // *Diabetes Obes. Metab.* 2024, Vol. 26, №1. P. 32–45. [ PMID: 37722965 ]
- Wang X., Sun B., Wang Y. et al. Research progress of targeted therapy regulating Th17/Treg balance in bone immune diseases // *Front. Immunol.* 2024, Vol. 15, P. 133393. [ PMID: 38352872 ]
- Wang Y., Zhuo A., Yang Y. et al. Regulatory T cells overexpressing Pelt1 show better efficacy in repairing ovarian endocrine function in autoimmune premature ovarian insufficiency // *Lab. Invest.* 2023, Vol. 103, №2. P. 10005. [ PMID: 37039145 ]
- Marti Gutiérrez N., Nikhälchenko A., Shishimirova M. et al. Induction of experimental cell division to generate cells with reduced chromosome ploidy // *Nat. Commun.* 2025, Vol. 16, №1. P. 8340. [ PMID: 41027194 ]
- «На годы вперед» Енькова Е.В., Мартынова М.А.
- Квартира, автомобиль и бизнес. Три главных желания современной российской молодёжи — обзавестись собственным жильём, автомобилем и создать свой бизнес. За этими приоритетами следуют семья и дети. — URL: <https://wcom.ru/analytical-reviews/analyticalskibiznes/kvartira-avtomobil-biznes>.
- Половое воспитание: метод контрацепции зависит от образования. — URL: <https://www.gedeonrichter.com/ru/news/260924>.
- В России сократилось число абортов. — URL: <https://ria.ru/20250528/rossiya-194604506.html>.
- Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5<sup>th</sup> ed. Geneva: WHO, 2015. 185 p.
- Общая характеристика лекарственного препарата «Донасерт Юно». — URL: [https://gris.mizdrav.gov.ru/Gris\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=09a0961-8a9a-4b79-a5e4-41a8e0c0-108ac](https://gris.mizdrav.gov.ru/Gris_View_v2.aspx?routingGuid=09a0961-8a9a-4b79-a5e4-41a8e0c0-108ac).
- Gemzell-Danielsson K., Apté D., Dermout S. et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use // *J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2017, Vol. 210, P. 22–28. [ PMID: 27309414 ]
- Turok D.K., Eisenberg D.L., Teal S.B. A prospective assessment of pelvic infection risk following same-day sexually transmitted infection testing and levonorgestrel intrauterine system placement // *J. Am. Obstet. Gynecol.* 2016, Vol. 215, №5. P. 559.e1–559.e6. [ PMID: 2718086 ]
- Радзинский В.Е., Хамошина М.В., Раевская О.А. и др. Очерк эндокринной гинекологии // Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., пересм. и доп. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2023, 672 с.
- Цхай В.В. Аденомиоз. Контроверзы современности. Боли, кровотечения, бесплодие // Под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2020, 208 с.
- Mittermeier T., Farrant C., Wise M.R. Levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020, Vol. 9, Iss. 9. Art. №CD012658. [ PMID: 32909630 ]
- Гиераптизм эндометрия: Клинические рекомендации // Минздрав. РФ, 2023. — URL: [https://cr.mizdrav.gov.ru/view-cr/546\\_1](https://cr.mizdrav.gov.ru/view-cr/546_1).
- Радзинский В.Е. Гинекологическая агрессия. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2025, 512 с.
- Эндометризм. Клинические рекомендации // Минздрав РФ, 2024. — URL: [https://cr.mizdrav.gov.ru/view-cr/259\\_2](https://cr.mizdrav.gov.ru/view-cr/259_2).
- Park D.S., Kim M.L., Song T. et al. Clinical experiences of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in patients with large symptomatic adenomyosis // *Taiwan. J. Obstet. Gynecol.* 2015, Vol. 54, №4. P. 412–415. [ PMID: 2638406 ]
- Richter R. Ein mittlerer zur verhütung der konzeption // *Deutsch. Med. Wschr.* 1909, Vol. 35, P. 1525–1527.
- Pust K. Ein brauchbarer Frauenschutz // *Deutsch. Med. Wschr.* 1923, Vol. 49, P. 952–953.
- Gräfenberg E. Silik als antikonträren / Geburtenregelung — vorträge und verhandlungen des ärztekurses vom 28–30 Dezember 1928 // Hrsg. K. Bendix. Berlin: Selbstverlag Dr. Bendix, 1929, P. 50–64.
- Tennre Ota (1900–1985) / Museum of contraception and abortion. — URL: <https://muvus.org/en/topics/pioneers/tennre-ota-1900-1985-en>.
- Intrauterine contraceptive devices: Proceedings of the first conference, New York City, April 30–May 1 1962 / Eds. C. Tietze, S. Lewit. Amsterdam: Excerpta Medica international congress series №54, 1962. 1962 p.
- Margulies L.C. / Intrauterine contraceptive devices / Eds. C. Tietze, S. Lewit. Amsterdam: Excerpta Medica international congress series №54, 1962. P. 62–70.
- Lippes J. Contraception with intrauterine plastic loops // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1965, Vol. 93, №7. P. 1024–1030. [ PMID: 5843405 ]
- Timonen H., Luukkainen T., Rainio J. et al. Hystero-graphic studies with the copper T (Rainio 200) in situ // *Contraception*. 1972, Vol. 6, №6. P. 513–521. [ PMID: 27475754 ]
- Roy S., Cooper D., Mishell Jr. D.R. Experience with three different models of the Copper-T intrauterine contraceptive device in nulliparous women // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1974, Vol. 119, №3. P. 414–417. [ PMID: 4827383 ]
- Nilsson C.G., Johansson E.D., Luukkainen T. A D-norgestrel-releasing IUD // *Contraception*. 1976, Vol. 13, №4. P. 503–514. [ PMID: 1253602 ]
- Wildemeersch D., Van der Pas H., Thiery M. et al. The Copper-Fix (CuFix): a new concept in IUD technology // *Adv. Contracept.* 1988, Vol. 4, №3. P. 197–205. [ PMID: 3071109 ]
- «Дружба крепкая» Катаев Н.А.
- Синдром патологического выделения из половых путей женщины: Клинический протокол. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2024, 112 с.
- Радзинский В.Е., Савицкая А.М., Воробьёв С.В. и др. Биоценоз влагалища. Норма. Нарушения. Восстановление // Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Савицкой. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2023, 360 с.
- Farr A., Ettingly J., Frey Tiri B. et al. Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/07, level 2k) Guideline // *Mycoses*. 2021, Vol. 64, №6. P. 583–602. [ PMID: 33529414 ]
- International society for the study of vulvovaginal disease recommendations for the diagnosis and treatment of vaginitis // Eds. P. Vieira-Baptista, C.K. Stockdale, J. Sobel. Lisbon: Admedic, 2023, 198 p.
5. O’Laughlin D.J., McCoy R.C. Diabetes and vulvovaginal conditions // *Clin. Diabetes.* 2023, Vol. 41, №3. P. 458–464. [ PMID: 37456089 ]
- Радзинский В.Е., Соловьёва А.В., Стуклов Н.И. и др. Анемии и репродуктивное здоровье // Под ред. В.Е. Радзинского. 2-е изд., пересм., и доп. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2024, 212 с.
- Радзинский В.Е., Оразов Р.М., Токтар Л.Р. и др. Перинеология. Эстетическая гинекология // Под ред. В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова. М.: Редакция журнала StatusPræsens, 2022, 416 с.
- Вактериальный вагиноз: Клинические рекомендации // Минздрав РД, 2022. — URL: [https://cr.mizdrav.gov.ru/view-cr/206\\_2](https://cr.mizdrav.gov.ru/view-cr/206_2).
- Rosati D., Bruno M., Braga M. et al. Recurrent vulvovaginal candidiasis: An immunological perspective // *Microorganisms*. 2020, Vol. 8, №2. P. 144. [ PMID: 31972980 ]
- Satora M., Grunwald A., Zaremba B. et al. Treatment of vulvovaginal candidiasis: An overview of guidelines and the latest treatment methods // *J. Clin. Med.* 2023, Vol. 12, №16. P. 5376. [ PMID: 36729418 ]
- Sonthalia S., Aggarwal P., Das S. et al. Aerobic vaginitis — an underdiagnosed cause of vaginal discharge: Narrative review // *Int. J. STD AIDS.* 2020, Vol. 31, №1. P. 1018–1027. [ PMID: 32842907 ]
12. Sosolapitalnye bolezni: shayki matki, vlagaliشا и vulvye. Проект клинических рекомендаций. — URL: [https://roa-portal.ru/projects\\_gynecology](https://roa-portal.ru/projects_gynecology).
- Шамсина М.Ш., Насимова Н.Р. Нормализация состояния микрофлоры влагалища для профилактики инфекционно-вспомогательных осложнений после влагалищных операций по поводу пролапса внутренних половых органов // *Central Asian journal of medical and natural science*. 2021, T. 2, №4. C. 149–155.
- Feuilloley C., Salvatici C., Scolaris J. et al. In vitro bactericidal activity of a neomycin-polymyxin B-statin combination compared to metronidazole and clindamycin against the main bacteria involved in bacterial vaginosis and aerobic vaginitis // *Pharmaceutics (Basel)*. 2025, Vol. 18, №3. P. 340. [ PMID: 4014318 ]
- Доброхотова Ю.Э., Маркова Э.А. Смешанный вагинит в современных условиях: особенности течения и выбор подходов к лечению // Проблемы репродукции. 2022, T. 28, №4. С. 137–144.
- Лубков С.Б. Юридические аспекты оказания медицинской помощи при вагините // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2025, T. 13, №5. С. 124–130.
- Bohbot H., Gershoni A., Aprotosoaie A., Farag M.A. Pectin in diet: Interactions with the human microbiome, role in gut homeostasis, and nutrient-drug interactions // *Carbohydr. Polym.* 2021, Vol. 255, P. 117388. [ PMID: 3346217 ]
20. Nichols R.G., Peters J.M., Patterson A.D. Interplay between the host, the human microbiome, and drug metabolism // *Hum. Genomics.* 2019, Vol. 13, №1. P. 27. [ PMID: 35096634 ]
17. Nunn K.L., Clair G.C., Adkins J.N. et al. Amylays in the human vagina // *mSphere*. 2020, Vol. 5, №6. [ PMID: 33298571 ]
18. Rowland L., Gibson G., Heinken A. et al. Gut microbiota functions: metabolism of nutrients and other food components // *Eur. J. Nutr.* 2018, Vol. 57, №1. P. 1–24. [ PMID: 28393285 ]
19. Eshagh M.S., Miron A., Aprotoosoaie A., Farag M.A. Pectin in diet: Interactions with the human microbiome, role in gut homeostasis, and nutrient-drug interactions // *Carbohydr. Polym.* 2021, Vol. 255, P. 117388. [ PMID: 3346217 ]
20. Nichols R.G., Peters J.M., Patterson A.D. Interplay between the host, the human microbiome, and drug metabolism // *Hum. Genomics.* 2019, Vol. 13, №1. P. 27. [ PMID: 35096634 ]
21. Huus K.E., Ley R.E. Blowing hot and cold: body temperature and the microbiome // *mSystems*. 2021, Vol. 6, №5. P. e0070721. [ PMID: 34581596 ]
22. Jiang Q., Lin L., Xie F. et al. Metagenomic insights into the microbe-mediated B and K2 vitamin biosynthesis in the gastrointestinal microbiome of ruminants // *Microbiome*. 2022, Vol. 10, №1. P. 109. [ PMID: 35864536 ]
23. Heijboer S., Kriemer B., Brötz-Oesterhelt H., Peleshel A. The microbiome-shaping roles of bacteriocins // *Nat. Rev. Microbiol.* 2021, Vol. 19, №11. P. 726–739. [ PMID: 34075213 ]
24. Jenab A., Roghanian R., Emtiaz G. Bacterial natural compounds with anti-inflammatory and immunomodulatory properties: Mini review // *Drug Des. Dev. Ther.* 2020, Vol. 14, P. 387–380. [ PMID: 32982183 ]
25. Rose W., McGowin C.L., Spagnuolo R.A. et al. Commensal bacteria modulate innate immune responses of vaginal epithelial cell multilayer cultures // *PLoS One*. 2012, Vol. 7, №3. P. e32728. [ PMID: 22412914 ]
26. Verstrella H., Vieira-Baptista P., De Seta F. et al. The vaginal microbiome: I. Research development, lexicon, defining “normal” and the dynamics throughout women’s lives // *J. Low. Genit. Tract Dis.* 2022, Vol. 26, №1. P. 73–78. [ PMID: 34928256 ]
27. Сандовна М.Е., Голованова Н.А. Факторы адгезии лонгитюндных бактерий и бифидобактерий // Микробиальные биотехнологии: фундаментальные и прикладные аспекты. Минск: Беларуская наука, 2024, T. 3, №3. С. 103–118.
28. Tulyat N.P., Rasinikova P., Ritari J. et al. Selection and characterization of a SpaCB pilus-secreting food-grade derivative of *Lactococcus lactis* rhamnosus GG // *Appl. Microbiol. Biotechnol.* 2021, Vol. 105, №3. P. 1123–1131. [ PMID: 33417041 ]
29. Van Syoc E., Nixon M.P., Silverman J.D. et al. Changes in the type 2 diabetes gut microbiome associate with metformin treatment across populations // *mBio*. 2024, Vol. 15, №6. P. e0016924. [ PMID: 38676350 ]
30. Zhang J., Zhang C., Zhang Q. et al. Meta-analysis of the effects of proton pump inhibitors on the human gut microbiota // *BMC Microbiol.* 2023, Vol. 23, №1. P. 171. [ PMID: 37337143 ]
31. Swidsinski A., Amann R., Guschin A. et al. Polymicrobial consortia in the pathogenesis of biofilm vaginosis visualized by FISH: Historic review outlining the basic principles of the polymicrobial infection theory // *Microbes Infect.* 2024, Vol. 26, №6. P. 105403. [ PMID: 39120790 ]
32. Zhang Y., He Z. Inflammatory mediators in bacterial vaginosis: The role of cytokines // *APMIS.* 2024, Vol. 132, №4. P. 245–255. [ PMID: 38345182 ]
33. Pérez-Baile D.C., Burciaga-Flores C.H., García-Mejía X. et al. Hallmarks of bacterial vaginosis // *Diagnósticos (Basel)*. 2025, Vol. 15, №9. P. 1090. [ PMID: 40361908 ]
34. Swidsinski S., Moll W.M., Swidsinski A. Bacterial vaginosis — vaginal polymicrobial biofilms and dysbiosis // *Dtsch. Arztl. Woch.* 2023, Vol. 130, №20. P. 347–354. [ PMID: 37079106 ]
35. Weir C.B., Le J.K. Metronidazole // *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls publishing*, 2022. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539728/>.
36. Verwijst M.C., Agaba S.K., Darby A.C., Van de Wijert J.H.M. Impact of oral metronidazole treatment on the vaginal microbiota and correlates of treatment failure // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2020, Vol. 220, №2. P. 157–161. [ PMID: 31404542 ]
37. Happel A.U., Kullin B., Gamiedien H. et al. Exploring potential of vaginal *Lactobacillus* isolates from South African women for enhancing treatment for bacterial vaginosis // *PLoS Pathog.* 2020, Vol. 16, №6. P. e1008559. [ PMID: 32497109 ]
38. Petrina M.A.B., Cosentino L.A., Rabe L.K., Hillier S.L. Susceptibility of bacterial vaginosis (BV)-associated bacteria to secnidazole compared to metronidazole, tinidazole and clindamycin // *Анаэробы*. 2017, Vol. 47, №1. P. 115–119. [ PMID: 28522362 ]
39. Tamarelle J., Ma B., Gajer P. et al. Nonoptimal vaginal microbiota after azithromycin treatment for chlamydia trachomatis infection // *J. Infect. Dis.* 2020, Vol. 221, №4. P. 627–635. [ PMID: 3173603 ]
40. Luo A., Wan F., Sun D. et al. Formation, development, and cross-species interactions in biofilms // *Front. Microbiol.* 2022, Vol. 12, P. 757327. [ PMID: 33058893 ]
41. Доброхотова Ю.Э., Семионова О.Е. Антибиотики... Ренессанс в терапии вульвовагинальных инфекций и новые перспективы и ожидания // *РМЖ. Мат. и методы*. 2018, T. 26, №2 (I), С. 39–42.
42. Baily C. Medicinal applications and molecular targets of dequalinium chloride // *Biochem. Pharmacol.* 2021, Vol. 186, P. 11467. [ PMID: 33577890 ]
43. Gaspar C., Rolo J., Cerca N. et al. Dequalinium chloride effectively disrupts bacterial vaginosis (BV) Gardnerella spp. biofilms // *Pathogens*. 2021, Vol. 10, №3. P. 261. [ PMID: 33668706 ]
44. Hernando-Amado S., Laborda P., Martínez J.L. Tackling antibiotic resistance by inducing transient and robust collateral sensitivity // *Nat. Commun.* 2023, Vol. 14, №1. P. 1723. [ PMID: 36997518 ]
45. Zhai Y., Pribis J.P., Dooling S.W. et al. Drugging evolution of antibiotic resistance at a regulatory network hub // *Sci. Adv.* 2023, Vol. 9, №25. P. eadg0188. [ PMID: 37352342 ]
46. Raga B., Durkach A., Malik T. et al. Efficacy of dequalinium chloride vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis: A randomized clinical trial // *JAMA Netw. Open*. 2024, Vol. 7, №5. P. e248661. [ PMID: 38696172 ]
47. Thamkhanh M., Chayachinda C. Vaginal tablets of dequalinium chloride 10 mg versus clotrimazole 100 mg for vaginal candidiasis: A double-blind, randomized study // *Arch. Oynecol. Obstet.* 2021, Vol. 303, №1. P. 151–160. [ PMID: 32940765 ]
48. Willis J.R., Gabaldón T. The human oral microbiome in health and disease: from sequences to ecosystems // *Microorganisms*. 2020, Vol. 8, №2. P. 308. [ PMID: 32102216 ]
49. Man W.H., De Steenhuijsen Piters W.A., Bogaert D. The microbiota of the respiratory tract: gatekeeper to respiratory health // *Nat. Rev. Microbiol.* 2017, Vol. 15, №5. P. 259–270. [ PMID: 28316330 ]
50. Силин Л.В., Бычнева Т.В., Матенюк Н.И., Пере-верзева И.В. Структура, функции и значение микробиома кожи в норме и при патологических состояниях // *РМЖ*. 2018, T. 28, №1. С. 92–96.
51. Deng Y., Ge X., Li Y. et al. Identification of an intracellular microbiota // *Cell Discov.* 2021, Vol. 7, №1. P. 13. [ PMID: 33750767 ]
52. Shoemaker R., Kim J. Urobionome: An outlook on the metagenome of urological diseases // *Investig. Clin. Urol.* 2021, Vol. 62, №6. P. 611–622. [ PMID: 34729961 ]
53. Eckel F., Farr A., Deinsberger J. et al. Dequalinium chloride for the treatment of vulvovaginal infections: A systematic review and meta-analysis // *J. Low. Genit. Tract Dis.* 2024, Vol. 28, №1. P. 76–83. [ PMID: 38117564 ]
54. International society for the study of vulvovaginal disease recommendations for the diagnosis and treatment of vaginitis // Eds. P. Vieira-Baptista, C.K. Stockdale, J. Sobel. Lisbon: Admedic, 2023, 198 p.
55. Sherrard J., Wilson J., Donders G. et al. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge // *Int. J. STD AIDS.* 2018, Vol. 29, №13. P. 1258–1272. [ PMID: 30492528 ]
56. Савицкая А.М., Тапильская Н.И., Крысанова А.А. и др. Отдалённые результаты спиртузированного лечения бактериального вагиноза с применением антисептиков и пробиотиков // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2021, T. 9, №4 (34). С. 19–28.
57. Akinosoglou K., Georgios Schinas G., Polyzou E. et al. Probiotics in the management of vulvovaginal candidiasis // *J. Clin. Med.* 2024, Vol. 13, №17. P. 5163. [ PMID: 39274376 ]
58. Кущенко И.И., Боровиков И.О., Кравцова Е.И. и др. Изменение микробного пейзажа влагалища на фоне комплексного лечения смешанных рецидивирующих вагинальных инфекций // Акушерство и гинекология. 2024, №3. С. 135–162.
59. Общая характеристика лекарственного препарата «Гиностор Э». ГРЛС, 2023. — URL: [https://gris.mizdrav.gov.ru/Gris\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=fd5d0295b8-9704-4ba9-8fa6-8fa62735a](https://gris.mizdrav.gov.ru/Gris_View_v2.aspx?routingGuid=fd5d0295b8-9704-4ba9-8fa6-8fa62735a).
60. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Долгов Е.Д. Гормонотерапия генитуринарного менопаузального синдрома: реалии и перспективы // Клинический разбор в общей медицине. 2024, T. 5, №9. С. 12–18.
61. Андреев Е.Н., Шереметева Е.В. Роль эстропила в лечении атрофии глиозной оболочки нижних отделов мочеполового тракта в постменопаузе // Проблемы эндокринологии. 2022, T. 68, №6. С. 157–163.
62. Cucinella L., Tirani L., Cassani C. et al. Insights into the vulvar component of the genitourinary syndrome of menopause (GSM) // *Maturitas.* 2024, Vol. 186, P. 10806. [ PMID: 38704313 ]
63. Потекаев Н.Н., Доля О.В., Чернова Н.И. и др. Интимная гигиена женщин в норме и при патологии кожи и слизистых оболочек в аногенитальной области: Методические рекомендации. М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2024, 49 с.
64. Albalawi N.S., Almohammadi M.A., Albalawi A.R. Comparison of the efficacy of vaginal hyaluronic acid to estrogen for the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: A systematic review // *Cureus.* 2023, Vol. 15, №8. P. e44191. [ PMID: 37767255 ]

## «Игра вдоль» Радзинский В.Е.

- Santa K., Kumazawa Y., Watanabe K., Nagaoka I. The potential use of vitamin D3 and phytochemicals for their anti-ageing effects // *Int. J. Mol. Sci.* 2024, Vol. 25, №4. P. 2125. [ PMID: 38396804 ]

2. Fantini C., Corinaldesi C., Lenzi A. et al. Vitamin D as a shield against aging // *Int. J. Mol. Sci.* 2023. Vol. 24. №5. P. 4546. [ PMID: 36901976 ]
3. Сулгутова Л.А., Авдеева В.А., Пигарова Е.А. и др. Дефицит витамина D в России: первые результаты регистрационного исследования частоты дефицита и недостаточности витамина D в различных географических регионах страны // Проблемы эндокринологии. 2021. Т. 67. №2. С. 84–92. [ PMID: 34004105 ]
4. Тихонов С.В., Трошина Е.А., Васильева М.К. и др. Недостаточность и дефицит витамина D у населения Российской Федерации // Профилактическая медицина. 2025. Т. 28. №8. С. 14–19.
5. Holick M.F. Vitamin D deficiency // *N. Engl. J. Med.* 2007. Vol. 357. P. 266–281. [ PMID: 17634462 ]
6. Zhang R., Naughton D.P. Vitamin D in health and disease: current perspectives // *Nutr.* 2010. Vol. 9. P. 65. [ PMID: 21143872 ]
7. Bell N.H. Vitamin D metabolism, aging, and bone loss // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1995. Vol. 80. №4. P. 1051. [ PMID: 7714064 ]
8. Giustina A., Bouillon R., Dawson-Hughes B. et al. Vitamin D in the older population: A consensus statement // *Endocrine*. 2023. Vol. 79. №1. P. 31–44. [ PMID: 36287374 ]
9. Bennoor I., Haroun N., Sircar F. et al. Vitamin D and obesity/adiposity: A brief overview of recent studies // *Nutrients*. 2022. Vol. 14. №10. P. 2049. [ PMID: 35631190 ]
10. Карапонова Т.Л., Шмонина И.А., Андreeva А.Т. и др. Дефицит витамина D: причина или следствие ожирения? // *Consilium Medicum*. 2016. Т. 18. №4. С. 49–52.
11. Пигарова Е.А., Дзэрнова Л.К., Яценко Д.А. Витамин D – вопросы всасывания и метаболизма в норме и при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Ожирение и метаболизм. 2022. Т. 19. №1. С. 123–133.
12. Боровик Т.Д., Буцева Т.Д., Звонкова Н.Г. и др. Роль питания в обеспечении витамином D // Практическая медицина. 2017. Т. 5. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-pitanija-v-obserevaniem-vitaminom-d>
13. Williams S.E. Vitamin D supplementation: Pearls for practicing clinicians // *Cleve. Clin. J. Med.* 2022. Vol. 89. №3. P. 154–160. [ PMID: 35232828 ]
14. Cashman K.D. Global differences in vitamin D status and dietary intake: A review of the data // *Endocr. Connect.* 2022. Vol. 11. №1. P. e21028. [ PMID: 34860171 ]
15. Дефицит витамина D: Клинические рекомендации // Минздрав РФ. М.: Проект, 2021. — URL: [https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/medicine/clinic-recommendations/kr\\_deficit\\_vitamina\\_d\\_2021.pdf](https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/medicine/clinic-recommendations/kr_deficit_vitamina_d_2021.pdf)
16. Тицковский С.В., Свилькова Н.Л., Лукьянчук Е.М. Гиперкальциемия в практике: интервью // *Журнал ГПМУ*. 2023. №3. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/giperkaltsiemiya-v-praktike-intervista>
17. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
18. Cesareo R., Attanasio R., Caputo M. et al. Clinical management of vitamin D deficiency in adults: Italian association of clinical endocrinologists (AME) and Italian chapter of the American association of clinical endocrinologists (AACE) position statement // *Nutrients*. 2018. Vol. 10. №5. P. 546. [ PMID: 29702603 ]
19. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к продукции (товарам), подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору: Утв. решением Комиссии Таможенного союза №299 от 28 мая 2010 года.
20. Гигиена питания. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Методические рекомендации МР. 2.3.1.0253-21. 2.3.1: Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 22 июля 2021 года.
21. Общая характеристика лекарственного препарата «Фордептид». — URL: [https://grls.minszdrav.gov.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=16aa9c09-d714-4809-9941-6893c76c019](https://grls.minszdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=16aa9c09-d714-4809-9941-6893c76c019)
22. Прегравидарная подготовка: Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 3.1. М.: Редакция журнала *StatusPraesens*, 2024. 124 с.
23. Макарова С.Г., Вишнева Е.А. Длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты  $\omega$ -3 и  $\omega$ -6 как асепсический нутриент в разные периоды детства // Детиатрическая фармакология. 2013. Т. 10. №4. С. 80–88.
24. Рожинская Л.Я., Пигарова А.А., Багреева А.А. и др. Применение высокодозных препаратов колекальциферола для лечения дефицита витамина D: Результаты открытого многоцентрового сравнительного рандомизированного исследования // Остеопороз и остеопатии. 2020. Т. 23. №3. с. 4–16.
25. Giustina A., Bilezikian J.P., Adler R.A. et al. Consensus statement on vitamin D status assessment and supplementation: whys, whens, and hows // *Endocr. Rev.* 2024. Vol. 45. №5. P. 625–654. [ PMID: 38676447 ]
26. Pludowski P., Grant W.B., Konstantynowicz J., Holick M.F. Classic and pleiotropic actions of vitamin D: Editorial // *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2019. Vol. 10. P. 341. [ PMID: 3119460 ]
27. Wimalanwasa S.J. Infections and autoimmunity – the immune system and vitamin D: A systematic review // *Nutrients*. 2023. Vol. 15. №17. P. 3842. [ PMID: 37686873 ]
28. Thomson R.L., Spedding S., Buckley J.D. Vitamin D in the aetiology and management of polycystic ovary syndrome // *Clin. Endocrinol. (Oxf.)*. 2012. Vol. 77. №3. P. 343–350. [ PMID: 22574874 ]
29. Wang L., Lv S., Li F. et al. Vitamin D deficiency is associated with metabolic risk factors in women with polycystic ovary syndrome: A cross-sectional study in Shaanxi China // *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2020. Vol. 11. P. 171. [ PMID: 32296394 ]
30. Fang F., Ni K., Cai Y. et al. Effect of vitamin D supplementation on polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2017. Vol. 26. P. 53–60. [ PMID: 28107851 ]
31. Williams A., Babu J.R., Wadsworth D.D. et al. The effects of vitamin D on metabolic profiles in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review // *Horm. Metab. Res.* 2020. Vol. 52. №7. P. 485–491. [ PMID: 32422661 ]
32. Shojaeian Z., Sadeghi R., Latifnejad Roudsari R. Calcium and vitamin D supplementation effects on metabolic factors, menstrual cycles and follicular responses in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis // *Caspian J. Intern. Med.* 2019. Vol. 10. №4. P. 359–369. [ PMID: 31814932 ]
33. Miyashita M., Koga K., Izumi G. et al. Effects of 1,25-dihydroxy vitamin D3 on endometriosis // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2016. Vol. 101. №6. P. 2371–2379. [ PMID: 27035829 ]
34. Mehdizadehkashi A., Rokhigireh S., Tahermanesh K. et al. The effect of vitamin D supplementation on clinical symptoms and metabolic profiles in patients with endometriosis // *Gynecol. Endocrinol.* 2021. Vol. 37. №7. P. 640–645. [ PMID: 33508990 ]
35. Heidari H., Amani R., Feizi A. et al. Vitamin D supplementation for premenstrual syndrome-related inflammation and antioxidant markers in women with vitamin D deficiency: A randomized clinical trial // *Sci. Rep.* 2019. Vol. 9. №1. P. 14939. [ PMID: 31624297 ]
36. Moini A., Ebrahimi T., Shirzad N. et al. The effect of vitamin D on primary dysmenorrhea with vitamin D deficiency: A randomized double-blind controlled clinical trial // *Gynecol. Endocrinol.* 2016. Vol. 32. №6. P. 502–505. [ PMID: 27147120 ]
37. Tambyn J.A., Pilarski N.S.P., Markland A.D. et al. Vitamin D and miscarriage: A systematic review and meta-analysis // *Fertil. Steril.* 2022. Vol. 118. №1. P. 111–122. [ PMID: 35637024 ]
38. Dragomir R.E., Toader O.D., Gheocea Mutu D.E., Stănculescu R.V. The key role of vitamin D in female reproductive health: A narrative review // *Cureus*. 2024. Vol. 16. №7. P. e65560. [ PMID: 39071069 ]
39. Carmel A.S., Shieh A., Bang H., Bockman R.S. The 25(OH)D level needed to maintain a favorable bisphosphonate response is  $\geq 33$  ng/ml // *osteoporos. Int.* 2012. Vol. 23. №10. P. 2479–2487. [ PMID: 22738173 ]
40. Pludowski P., Holick M.F., Grant W.B. et al. Vitamin D supplementation guidelines // *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 2018. Vol. 175. P. 125–135. [ PMID: 28216084 ]
41. Bleizy A. Vitamin D dosing: basic principles and a brief algorithm: 2021 update // *Nutrients*. 2021. Vol. 13. №12. P. 4415. [ PMID: 34959699 ]
42. Пигарова Е.А., Рожинская Л.Я., Белая Ж.Е. и др. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике, лечению и профилактике дефицита витамина D у взрослых // Проблемы эндокринологии. 2017. Т. 5. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-pitanija-v-obserevaniem-vitaminom-d>
43. Williams S.E. Vitamin D supplementation: Pearls for practicing clinicians // *Cleve. Clin. J. Med.* 2022. Vol. 89. №3. P. 154–160. [ PMID: 35232828 ]
44. Нормальная беременность: Клинические рекомендации // Минздрав РФ. М., 2024. — URL: <https://drive.google.com/file/d/1phzAPd1Asz00lyRnk2CLM4bCXRo-/view>
45. **«Кто виноват?» Раевская О.А., Дьяконова С.А., Мартынова М.А.**
1. Nam C.S., Campbell K.J., Acquati C. et al. Deafening silence of male infertility // *Urology*. 2023. Vol. 182. P. 111–124. [ PMID: 37778476 ]
2. Соловьёва А.В., Лицук О.Д. Для зачатия нужны двое... Что должен знать акушер-гинеколог о диагностике мужского бесплодия: Информационный бюллетень // Под ред. В.Д. Радзинского. М.: Редакция журнала *StatusPraesens*, 2019. 16 с.
3. Horwitz H., Dalhoff K.P., Andersen J.T., The Mossman-Passey paradox // *J. Intern. Med.* 2019. Vol. 266. №2. P. 233–234. [ PMID: 29702603 ]
4. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к продукции (товарам), подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору: Утв. решением Комиссии Таможенного союза №299 от 28 мая 2010 года.
5. Гигиена питания. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Методические рекомендации МР. 2.3.1.0253-21. 2.3.1: Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 22 июля 2021 года.
6. Cesareo R., Attanasio R., Caputo M. et al. Clinical management of vitamin D deficiency in adults: Italian association of clinical endocrinologists (AME) and Italian chapter of the American association of clinical endocrinologists (AACE) position statement // *Nutrients*. 2018. Vol. 10. №5. P. 546. [ PMID: 29702603 ]
7. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
8. Cesareo R., Attanasio R., Caputo M. et al. Clinical management of vitamin D deficiency in adults: Italian association of clinical endocrinologists (AME) and Italian chapter of the American association of clinical endocrinologists (AACE) position statement // *Nutrients*. 2018. Vol. 10. №5. P. 546. [ PMID: 29702603 ]
9. Nam C.S., Campbell K.J., Acquati C. et al. Deafening silence of male infertility // *Urology*. 2023. Vol. 182. P. 111–124. [ PMID: 37778476 ]
10. Соловьёва А.В., Лицук О.Д. Для зачатия нужны двое... Что должен знать акушер-гинеколог о диагностике мужского бесплодия: Информационный бюллетень // Под ред. В.Д. Радзинского. М.: Редакция журнала *StatusPraesens*, 2019. 16 с.
11. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
12. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
13. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
14. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
15. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
16. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
17. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
18. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
19. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
20. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
21. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
22. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
23. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
24. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
25. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
26. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
27. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
28. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
29. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
30. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
31. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
32. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
33. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
34. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
35. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
36. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
37. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
38. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
39. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
40. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
41. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
42. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
43. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
44. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
45. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
46. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
47. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
48. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
49. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
50. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
51. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
52. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
53. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
54. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
55. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
56. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
57. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
58. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
59. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
60. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
61. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
62. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
63. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
64. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
65. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
66. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
67. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
68. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
69. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
70. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
71. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
72. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
73. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
74. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
75. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
76. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
77. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
78. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
79. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
80. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
81. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
82. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
83. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
84. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
85. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
86. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
87. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
88. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
89. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
90. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
91. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
92. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
93. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
94. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
95. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M. et al. Screening for vitamin D deficiency in adults: US preventive services task force recommendation statement // *JAMA*. 2021. Vol. 325. P. 1436–1442.
- 96

## Литература и источники

- work of the Nationwide women's health study (SWAN) // Curr. Sleep Med. Rep. 2017. Vol. 3. P. 235–250.
26. Ciano C., King T.S., Wright R.R. et al. Longitudinal study of insomnia symptoms among women during perimenopause // J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 2017. Vol. 46. №6. P. 804–813. [ PMID: 28886339 ]
27. Менопауза и климактерическое состояние у женщин: Клинические рекомендации // Минздрав РФ. М., 2024. — URL: <https://drive.google.com/file/d/143g7Dt9g5-EpnCrWtNarPNH-X7Lltw/view>.
28. Greene J.G. Constructing a standard climacteric scale // Maturitas. 1998. Vol. 29. №1. P. 25–31. [ PMID: 9643514 ]
29. International classification of sleep disorders. Main provisions and changes, 3<sup>rd</sup> ed. // Chest. 2014. Vol. 146. №5. P. 1387–1394. [ PMID: 25367475 ]
30. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C. et al. An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023: European insomnia guideline // J. Sleep Res. 2023. Vol. 32. №6. P. e14035. [ PMID: 38016484 ]
31. Перис М.Л., Бенсон-Онгквист К., Смит М.Т., Познер Д.А. Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы: Помощное руководство // Пер. с англ. СПб.: Диалектика-Фильмъ, 2021. 272 с.
32. Chan N.Y., Chan J.W.Y., Li S.X., Wing Y.K. Non-pharmacological approaches for management of insomnia // Neurotherapeutics. 2021. Vol. 18. №1. P. 32–43. [ PMID: 3281446 ]
33. Edinger J.D., Meam M.K. Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia // Clin. Psychol. Rev. 2005. Vol. 25. №5. P. 539–558. [ PMID: 15951083 ]
34. Zachariae R., Lyby M.S., Ritterband L.M., O'Toole M.S. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Sleep Med. Rev. 2016. Vol. 30. P. 1–10. [ PMID: 26615572 ]
35. Менопауза и климактерическое состояние у женщины: Клинические рекомендации // Минздрав РФ. М., 2024. — URL: <https://drive.google.com/file/d/143g7Dt9g5-EpnCrWtNarPNH-X7Lltw/view>.
36. Haufe A., Leeners B. Sleep disturbances across a woman's lifespan: What is the role of reproductive hormones? // J. Endocrin. Soc. 2023. Vol. 7. №5. P. bvad306. [ PMID: 37091307 ]
37. Haufe A., Baker F.C., Leeners B. The role of ovarian hormones in the pathophysiology of perimenopausal sleep disturbances: A systematic review // Sleep Med. Rev. 2022. Vol. 66. P. 10170. [ PMID: 36356400 ]
38. Mong J.A., Baker F.C., Mahoney M.M. et al. Sleep, rhythms, and the endocrine brain: influence of sex and gonadal hormones // J. Neurosci. 2011. Vol. 31. №45. P. 16107–16116. [ PMID: 22072663 ]
39. Leangkoonthanan E., Pantasi T., Chaovisitseer S., Morakot N. Effect of different progestogens on sleep in postmenopausal women: A randomized trial // Gynecol. Endocrinol. 2017. Vol. 33. №12. P. 933–936. [ PMID: 28609128 ]
40. Li C., Wang L., Sun X., Yang X. Analysis of the long-term beneficial effects of menopausal hormone therapy on sleep quality and menopausal symptoms // Exp. Ther. Med. 2019. Vol. 18. №5. P. 3905–3912. [ PMID: 31656533 ]
41. Beroukhim G., Esenier E., Seifer D.B. Impact of sleep patterns upon female neuroendocrinology and reproductive outcomes: A comprehensive review // Reprod. Biol. Endocrinol. 2022. Vol. 20. №1. P. 16. [ PMID: 35042515 ]
42. Woo M.M., Tai C.J., Kang S.K. et al. Direct action of melatonin in human granulosa-luteal cells // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2001. Vol. 86. №10. P. 4789–4797. [ PMID: 11600542 ]
43. Fideleff H., Aparicio N.J., Guitemas A. et al. Effect of melatonin on the basal and stimulated gonadotropin levels in normal men and postmenopausal women // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1976. Vol. 42. №6. P. 1014–1017. [ PMID: 777019 ]
44. Usoltseva E.N., Solov'ev A.G., Mamontova A.G. Perimenopausal melatonin deficiency syndrome in system of personalized management of quality of life of women with climacteric syndrome // Adv. Gerontol. 2019. Vol. 32. №4. P. 516–523. [ PMID: 31800178 ]
45. Ferrachol-Oda E., Kawasmi A., Bloch M.H. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders // PLoS One. 2013. Vol. 8. №5. P. e63773. [ PMID: 23691095 ]
46. Lemoine P., Zisapel N. Prolonged-release formulation of melatonin (Circadin) for the treatment of insomnia // Expert Opin. Pharmacother. 2012. Vol. 13. №6. P. 895–905. [ PMID: 22492105 ]
47. Степанова Н.Н., Хрипинин Д.Ф., Степанов Е.Ю. Опыт применения комбинированного мелатонин-содержащего средства в коррекции нарушений сна у женщин // Акушерство и гинекология. 2024. №6. С. 154–160.
48. Мадаева И.М., Семёнова Н.В., Данисевич И.М., Колесникова Л.И. Климатерический синдром, расстройства сна и мелатонин // Эффективная фармакотерапия. 2016. №19. С. 86–92.
49. Куценко И.В., Бураков Д.И. Возможности терапии климатерических симптомов с помощью препаратов мелатонина // Гинекология. 2015. №17. С. 44–48.
50. Общая характеристика лекарственного препарата «СонНорм Дуо». ГРДС, 2024. — URL: [https://gris.minsprav.gov.ru/Gris\\_View\\_v2.aspx?requestingGuid=6412a200-23f1-465e-1fc1daa3fb0c](https://gris.minsprav.gov.ru/Gris_View_v2.aspx?requestingGuid=6412a200-23f1-465e-1fc1daa3fb0c).
51. Kazemi A., Iraji A., Esmaelzadeh N. et al. Peppermint and menthol: A review on their biochemistry, pharmacological activities, clinical applications, and safety considerations // Crit. Rev. Food Sci. Nutr. 2025. Vol. 65. №8. P. 1553–1578. [ PMID: 38168664 ]
52. Zhu Y.Z., Wu W., Zhu Q., Liu X. Discovery of Leonuri and therapeutic applications: From bench to bedside // Pharmacol. Ther. 2018. Vol. 188. P. 26–35. [ PMID: 29360539 ]
53. Shikov A.N., Pozharitskaya O.N., Makarov V.G. et al. Effect of Leonurus cardica oil extract in patients with arterial hypertension accompanied by anxiety and sleep disorders // Phytother. Res. 2011. Vol. 25. №4. P. 540–543. [ PMID: 20839214 ]
54. Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. и др. Эффективность и безопасность комбинированного препарата «СонНорм Дуо» у пациентов с ишемией: Результаты открытого рандомизированного сравнительного клинического исследования // Эффективная фармакотерапия. 2022. №18. С. 60–65.
55. Assessment report on Leonurus cardica L., herba. EMA/HMPC/17430/2010 // Committee on herbal medicinal products.
56. Горбачёв Н.А., Ползуков М.Г. Возможности применения препаратов мелатонина при расстройствах сна // Медицинский совет. 2023. №17. С. 120–124.
57. Анисимов В.Н. Хронометр жизни // Природа. 2007. №7. С. 3–10.
58. Scott L.N., Fiume M., Bergfeld W.F. et al. Safety assessment of panthenol, pantothenic acid, and derivatives as used in cosmetics // Int. J. Toxicol. 2022. Vol. 41. Suppl. 3. P. 77–128. [ PMID: 36177798 ]
59. Rowe L.J., Baber R.J. The effects of phytoestrogens on postmenopausal health // Climacteric. 2021. Vol. 24. №1. P. 57–63. [ PMID: 3395316 ]
60. Ullman K.E., Diem S., Forte M.L. et al. Complementary and alternative therapies for genitourinary syndrome of menopause: An evidence map // Ann. Intern. Med. 2024. Vol. 177. №10. P. 1389–1399. [ PMID: 39250808 ]
61. Abd El-Rahman F.A., Roobezeh N., Pakzad R. Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review and meta-analysis // J. Obstet. Gynaecol. 2016. Vol. 36. №3. P. 301–311. [ PMID: 26471215 ]
62. Sánchez M., González-Burgos E., Iglesias I., Gómez-Serrallés M.P. Pharmacological update properties of aloe vera and its major active constituents // Molecules. 2020. Vol. 25. №6. P. 1324. [ PMID: 32183242 ]
63. Doordast T., Ghaedrai S., Ghaderian L. et al. Aloe vera — a new treatment for atrophic vaginitis: A randomized double-blinded controlled trial // J. Ethnopharmacol. 2021. Vol. 201. P. 113760. [ PMID: 33833112 ]
64. Нуръярова Д.Д., Векилова Ш.С., Ходжадилова А.Г. Энтомобиотика как ботаническая дисциплина и область науки // Наука и мировоззрение. 2024. №25. — URL: <https://cerberlinka.ru/article/n/ентомобиотика-как-ботаническая-дисциплина-и-область-науки>.
65. Nurmohamed Z., Suleiman A., Colodner R. et al. Oral probiotics to prevent recurrent vulvovaginal infections during pregnancy—multicenter double-blind, randomized, placebo-controlled trial // Nutrients. 2025. Vol. 17. №3. P. 460. [ PMID: 33940318 ]
66. Lyra A., Ala-Jaakkola R., Yeung N. et al. A healthy vaginal microbiota remains stable during oral probiotic supplementation: A randomised controlled trial // Microorganisms. 2023. Vol. 11. №2. P. 499. [ PMID: 36383464 ]
67. Зайцев А.В., Аполлониха И.А., Ходырева Л.А. и др. Роль нарушения микробиоты влагалища в патогенезе рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. 2021. №5. С. 40–46.
68. Косова И.В., Барсегян В.А., Синякова Л.А. и др. Дибиоз влагалища как фактор риска развития рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей // Вестник урологии. 2023. Т. 11. №1. С. 34–41.
69. Kwok M., McGeorge S., Mayer-Coverdale J. et al. Management of recurrent urinary tract infections in women: Guidelines of guidelines // BJU Int. 2022. Vol. 130. №3. P. 11–22. [ PMID: 35579121 ]
70. Hayward G., Morts S., Hay A.D. et al. D-mannose for prevention of recurrent urinary tract infection among women: A randomized clinical trial // JAMA Intern. Med. 2024. Vol. 184. №6. P. 619–628. [ PMID: 38587819 ]
71. Lessard-Lord J., Roussel C., Lupien-Meilleur J. et al. Short-term supplementation with cranberry extract modulates gut microbiota in human and displays a bifidogenic effect // NPJ Biofilms Microbiomes. 2024. Vol. 10. №1. P. 18. [ PMID: 38448452 ]
72. Jeitler M., Michalek A., Schwierz A. et al. Effects of a supplement containing a cranberry extract on recurrent urinary tract infections and intestinal microbiota: A prospective, uncontrolled exploratory study // J. Integr. Complement. Med. 2022. Vol. 28. №5. P. 399–406. [ PMID: 35705701 ]
73. Saraiya A., Raheem D., Roy P.R. et al. Probiotics and plant-based foods as preventive agents of urinary tract infection: A narrative review of possible mechanisms related to health // Nutrients. 2025. Vol. 17. №6. P. 986. [ PMID: 40290034 ]
74. Sher E.K., Džidić-Krivić A., Sesar A. et al. Current state and novel outlook on prevention and treatment of rising antibiotic resistance in urinary tract infections // Pharmacol. Ther. 2024. Vol. 261. P. 108688. [ PMID: 38972453 ]
75. Громова О.А., Торшин И.Ю. О перспективах применения лактобактериальных пробиотиков, D-маннозы и экстрактов клюквы в терапии инфекций мочевыводящих путей // Акушерство, гинекология и репродукция. 2023. Т. 17. №4. С. 485–499.
76. Будиловская О.В., Спасибова Е.В., Хуснутдинова Т.А. и др. Антибактериальная активность пробиотических штаммов лактобактерий, входящих в состав комплекса MRM Nutrition Женский пробиотик (Women's Probiotic) (Lactobacillus plantarum LP01 и Lactobacillus paracasei LP09) // Акушерство, гинекология. 2025. №8. С. 187–194.
77. Радзинский В.Е. Гинекологическая агрессия. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2025. 512 с.
78. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global burden of disease study 2019 // GBD 2019 dementia forecasting collaborators // Lancet Public Health. 2022. Vol. 7. №2. P. e105–e125. [ PMID: 34998485 ]
79. Бологова А.Н. Особенности фармакотерапии со судистыми когнитивными нарушениями у лиц пожилого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123. №9. С. 15–20.
80. Старчак А.С. Клинические рекомендации // Минздрав РФ. М., 2024. — URL: [https://cr.minsprav.gov.ru/view-cr/613\\_2](https://cr.minsprav.gov.ru/view-cr/613_2).
81. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста: Клинические рекомендации // Минздрав РФ. М., 2024. — URL: [https://cr.minsprav.gov.ru/view-cr/617\\_5](https://cr.minsprav.gov.ru/view-cr/617_5).
82. Viramani M.A., Cirulli M. The role of L-carnitine in mitochondrial prevention of metabolic inflexibility and disease initiation // Int. J. Mol. Sci. 2022. Vol. 23. №5. P. 2717. [ PMID: 35269860 ]
83. Wang W., Pan D., Liu Q. et al. L-carnitine in the treatment of psychiatric and neurological manifestations: A systematic review // Nutrients. 2024. Vol. 16. №8. P. 1232. [ PMID: 38674921 ]
84. Malaguarnera G., Catania V.E., Bertino G. et al. Acetyl-L-carnitine slows the progression from prefrailty to frailty in older subjects: A randomized interventional clinical trial // Curr. Pharm. Des. 2022. Vol. 28. №38. P. 3158–3166. [ PMID: 36043711 ]
85. Bigaj B., Azam S., Mathé A.A., Nasca C. The neuro-psychopharmacology of acetyl-L-carnitine (LAC): basic, translational and therapeutic implications // Discov. M. Health. 2024. Vol. 4. №1. P. 2. [ PMID: 38169018 ]
86. Meloni M., Puligheddu M., Carta M. et al. Efficacy and safety of 5-hydroxytryptophan in depression and apathy in Parkinson's disease: a preliminary finding // Eur. J. Neurol. 2020. Vol. 27. №5. P. 779–786. [ PMID: 32067288 ]
87. Li S., Sutanto C.N., Xia X., Kim J.E. The impact of 5-hydroxytryptophan supplementation on cognitive function and mood in Singapore older adults: A randomized controlled trial // Nutrients. 2025. Vol. 17. №1. P. 2773. [ PMID: 4044161 ]

# В памяти...

«Легенда Первого мэра». Да, но не только! Об Александре Николаевиче Стрижакове можно смело сказать — «легенда российской медицины». Это будет абсолютной правдой, ведь в любом уголке страны можно встретить его учеников, в каждой научной библиотеке — монографии его авторства, а в сердцах тысяч его последователей горит огонёк любви к профессии, зажжённый от большого костра талантливого врача, наставника, педагога, мудрого руководителя и неутомимого учёного. Александр Николаевич стоял у истоков отечественной перинатологии — направления нового, но чрезвычайно важного для развития акушерства и гинекологии. Более 40 лет заведовал кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Сеченовского университета, где получили путёвку в жизнь и, самое важное, «прививку» безусловной любви к женщине и новорождённому будущие врачи. Александр Николаевич обладал неутомимой жаждой познания, изучал и внедрял самые перспективные методики, щедро делился своим опытом с коллегами и учениками. В одном из интервью он привёл удивительно меткую цитату Андре Моруа: «Медицинская наука станет ещё точнее, её оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранять своё место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом... И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, — трудной, тревожной, героической и возвышенной». Это и о самом Александре Николаевиче, ушедшем из жизни 26 сентября, и о том, какими он видел своих последователей.

Терять всегда тяжело. Нам будет не хватать надёжной поддержки Александра Николаевича, его добрых советов, участия. Искренние соболезнования родным и близким. Будем помнить светло и чисто. И двигаться вперёд, вдохновляясь достойным примером.



12.02.1937—26.09.2025



# НЕ РОЗГИ, А ПУТЬ!

## ПЕРЕКЛИЧКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ПОД ЭГИДОЙ МАРС: ИТОГИ 2024 ГОДА

Алтайский краевой клинический перинатальный центр «Дар»

- ★ 2024
- ★ 2023
- ★ 2022

Видновский перинатальный центр

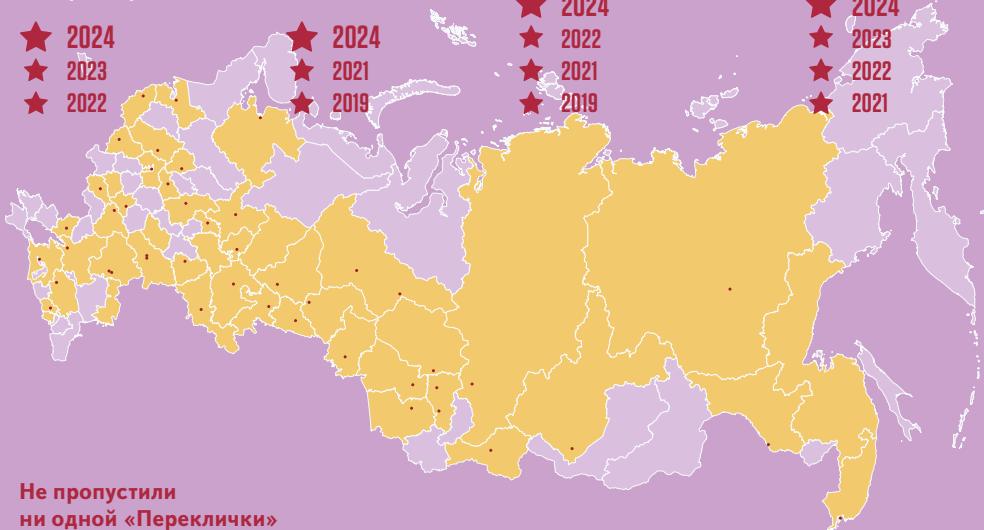
- ★ 2024
- ★ 2021
- ★ 2019

Перинатальный центр ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ

- ★ 2024
- ★ 2022
- ★ 2021
- ★ 2019

Перинатальный центр Саратовской ГКБ №8

- ★ 2024
- ★ 2023
- ★ 2022
- ★ 2021



Не пропустили ни одной «Переклички»

Томский областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко

Перинатальный центр города Тюмени

Кировский областной клинический перинатальный центр

Курганский областной перинатальный центр

### Участвовавшие города

Архангельск	Липецк
Ачинск	Москва
Барнаул	Нальчик
Благовещенск	Наро-Фоминск
Видное	Нижневартовск
Владивосток	Новокузнецк
Владимир	Новосибирск
Волгоград	Омск
Волжский	Оренбург
Воронеж	Псков
Гатчина	Ростов-на-Дону
Дзержинск	Саратов
Донецк	Смоленск
Екатеринбург	Ставрополь
Зеленоград	Тверь
Ижевск	Тольятти
Иркутск	Томск
Йошкар-Ола	Тюмень
Кемерово	Уфа
Киров	Ханты-Мансийск
Краснодар	Челябинск
Курган	Энгельс
Курск	Якутск
Кызыл	Ярославль

Перинатальные центры

Областные, краевые

1 Алтайский краевой клинический перинатальный центр «Дар»

Барнаул  
79 баллов

Количество родов в перинатальном центре (n)

Доля преждевременных родов (%)

Оперативные роды в перинатальном центре

Перинатальная смертность (%)

2 Курский областной перинатальный центр

Курск  
78 баллов

Барнаул  
5721

11,0

Доля кесарева сечения (%)

41,1  
2,8  
4,3

3 Дзержинский перинатальный центр

Дзержинск  
77 баллов

Курск  
4189

6,4

35,4  
3,5  
4,2

1 Наро-Фоминский перинатальный центр

Наро-Фоминск  
86 баллов

Дзержинск  
3987

9,3

30,6  
2,6  
5,2

2 Новосибирский городской клинический перинатальный центр

Новосибирск  
84 балла

Наро-Фоминск  
5920

6,2

26,2  
12,2  
2,6

3 Городской клинический перинатальный центр города Уфы

Уфа  
75 баллов

Новосибирск  
4563

11,4

33,5  
1,8  
6,0

Уфа  
3728

7,8

35,8  
1,7  
5,9



Для участия в «Перекличке-2025» поступило 58 заявок из 48 городов России. С 2015 года экспертным советом было рассмотрено 482 заявки.

### ВЫВОД:

Анализ «Переклички» показывает, что в первую очередь нужна **жёсткая маршрутизация**. Частота преждевременных родов (6%) — популяционный показатель, мало поддающийся профилактическим и лечебным мероприятиям, однако наблюдают **положительную тенденцию** «перетекания» их на III уровень. При этом средняя частота кесаревых сечений стабильна: при доношенной беременности — 36%, при преждевременных родах — 50%, что показывает **пути оптимизации** акушерской помощи в России.