



АКАДЕМИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ДАЙДЖЕСТ

№1, ИЮНЬ • 2016

ТЕМЫ НОМЕРА:

1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
2. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ - СТАТИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
3. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ВЗГЛЯД НА ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ У ЖЕНЩИН

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «УРОМЕДИА»
МОСКВА, 2016

Содержание



Вступительное слово	4
Аккредитация врачей: чем грозит, кому и когда	6
Статистика и эпидемиология материнской смертности в России	12
Урогенитальный синдром: гинекологические симптомы часто появляются первыми	16
Гинекология. Новости.....	26-37
Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: применение комбинированных оральных контрацептивов у девочек-подростков.....	38
Роботассистированные операции в гинекологии: опыт, квоты, обучение.....	42
Современные методы коррекции тазового дна	48
Рак молочной железы и мастопатия: о важности раннего выявления	52
Мониторинг состояния плода в родах: кардиотокография и автоматический анализ сегмента ST ЭКГ	58
Тактика ведения недоношенной беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек	72
Акушерство. Новости.....	78-89

Дорогие коллеги!

В конце 2013 года нашей медиа-группой был представлен принципиально новый электронный проект для гинекологов – Академия акушерства и гинекологии g-academy.ru, целью которого является предоставление профессиональной информации специалистам в области акушерства и гинекологии и врачам смежных специальностей. Уже почти три года мы знакомим аудиторию с новостями и мероприятиями, публикуем переводы абстрактов из иностранных журналов, проводим курсы дистанционного образования по различным тематикам.

Новизна проекта заключается в его независимости от определенных клиник, кафедр, учреждений. Это общая площадка для специалистов указанной области.

Спустя три года мы представляем логическое продолжение начатого дела в печатном варианте – Дайджест Академии акушерства и гинекологии, в котором мы планируем публиковать уникальные статьи, новости, интервью с лидерами и многие другие интересные материалы. Наши дизайнеры постарались сделать красивый современный дизайн, а журналисты и специальные корреспонденты уже несколько месяцев работают над текстовой частью.

Мы очень надеемся, что нам удастся сделать нужное и полезное издание, материалы из которого помогут акушерам и гинекологам в повседневной работе и будут способствовать повышению профессионального уровня.

С уважением,
Редакция Дайджеста Академии акушерства и гинекологии

Накануне Дня медицинского работника подведены итоги Всероссийского конкурса врачей.

Победителями в номинации «Лучший акушер-гинеколог» стали:



1 место

Зарубина Елена Николаевна – заведующая центра – врач-акушер-гинеколог федерального государственного бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации (г. Москва)



2 место

Бычков Валерий Иванович – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10» (Воронежская область, г. Воронеж)



3 место

Яковлева Наталья Вячеславовна – заведующая отделением гинекологии – врач-акушер-гинеколог государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Кемеровская область, г. Ленинск-Кузнецкий)

Коллектив Академии акушерства и гинекологии от всей души поздравляет победителей и желает им здоровья, сил, успехов и дальнейшего профессионального роста!

Аккредитация врачей: чем грозит, кому и когда



Ю.Г. Болдырева,
Специальный корреспондент
Дайджеста Академии акушерства и гинекологии

Минздрав России выпустил приказ с утверждением официальных сроков аккредитации специалистов здравоохранения. Приказ Министерства здравоохранения зарегистрирован в Минюсте 14 марта, назначены лица, ответственные за реализацию перехода к новой системе.

Первыми в списке идут стоматологи и фармацевты: все, кто получил высшее медицинское образование по этим специальностям, начиная с 1 января 2016 года, должны будут проходить аккредитацию с этого же срока. Следом идёт второй этап: с начала будущего года подвергаются аккредитации все, кто окончит специалитет в области «Здравоохранение и медицинские науки» с 1 января 2017 года. Через год к ним присоединятся окончившие ординатуру, магистратуру и бакалавриат, а также обладатели дипломов о среднем специальном образовании. Кроме них, с начала 2018-го должны будут аккредитоваться медики, получившие дополнительное образование по программе профессиональной переподготовки, обучавшиеся за рубежом, а также «лица, получившие иное высшее образование по образовательным программам высшего образования». Ну а те, кто не прошёл аккредитацию за время первых трёх этапов, подвергнутся ей на четвёртом — с 1 января 2021 года.

Сертифицированным специалистам пока, однако, рано волноваться. Планируется, что действующая система сертификатов отойдёт в прошлое постепенно, согласуясь с этапами внедрения аккредитации. Медики, у которых срок действия сертификата закончится в текущем году и позднее, «будут проходить процедуру сертификации с их последующим включением в образовательный процесс по системе непрерывного медицинского образования», говорилось ранее в пояснениях к проекту приказа. По окончании срока действия нового сертификата они начнут проходить процедуру аккредитации специалиста, начиная с 2021 года.

Ранее первый замминистра здравоохранения Игорь Каграманян, назначенный, согласно приказу, ответственным за контроль над ходом работ, рассказал, что главная роль в новой системе аккредитации будет отведена Национальному аккредитационному центру на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Кроме того, на базе региональных медицинских вузов будут созданы базовые окружные центры — всего их планируется основать 12. Вопросы методологии, в свою очередь, займутся экспертно-методологические центры.

Оценивать подготовку специалистов планируется по нескольким фронтам: в процедуру аккредитации войдут тестирование, решение ситуационных задач, выполнение заданий на симуляторах и анализ портфолио специалиста. Ожидается, что для проведения тестов будет сформирована единая стандартизованная база, из которой в ходе экзамена автоматически будет подбираться индивидуальный список вопросов. Решение ситуационных задач в соответствии со специальностью потребует подключения к банку ситуаций объективного структурированного клинического экзамена (ОКСЭ). Что же касается проверки на симуляторах, то она ожидает только специалистов-практиков.

Целью реформы в Минздраве видят унификацию системы медицинского образования: таким образом хотят добиться единого уровня качества предоставляемых знаний, вне зависимости от региона и учебного заведения. Кроме того, таким образом планируется поддерживать непрерывное обучение медиков. Самим специалистам, однако, стоит иметь в виду, что сейчас их усилия по профессиональному саморазвитию могут идти только в зачёт личностного роста. Отдельные учреждения, стараясь продемонстрировать свою осведомлённость о новой системе, уже сейчас приступили к начислению «баллов» и «кредитов» за участие в конференциях, подготовку публикаций и прочие виды активности. Не будучи включёнными в централизованную схему аккредитации, эти мероприятия, скорее всего, ничем не смогут помочь специалисту в плане подтверждения профпригодности. Так что на сегодня практикующим врачам аккредитация мало чем грозит: имеющиеся сертификаты покроют период отладки системы, а за 5 лет, остающиеся до 2021 года, критерии прохождения новых экзаменов, вероятно, станут понятнее. ■



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

КУРС ДИСТАНЦИОННОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
ДЛЯ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

НАЧАЛО
15.05.2016

Организатор:

Академия акушерства и гинекологии

Автор курса:

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

Областью интересов являются вопросы урогинекологии, папилломавирусная инфекция гениталий, спектрально-флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия. Является автором 265 научных трудов, 18 учебно-методических работ, 12 патентов и медицинских технологий, в т. ч. монографии «Гиперактивный мочево
пузырь и императивное недержание мочи у женщин», «Гиперактивный мочево
пузырь у женщин», «Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин», «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», «Основы кольпоскопии» и других. Является членом Российской ассоциации акушеров-гинекологов, Российской ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии, гинекологов-эндокринологов, Международной урогинекологической ассоциации.

Техническая поддержка: ООО «Медицинские вебтехнологии»

План лекций:

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



Пришло время подумать
о чем-то еще

Первый агонист
 β_3 -адренорецепторов
для лечения ГМП¹⁻⁴



Бетмига
мирабегрон



Новый подход к лечению ГМП¹⁻⁴

- Принципиально новый механизм действия – стимуляция β_3 -адренорецепторов¹
- Высокоэффективен для облегчения симптомов ГМП¹⁻³
- Отличная переносимость¹⁻⁴

Хорошо подходит для:

- Первичных пациентов¹
- Пациентов, прекративших лечение М-холиноблокаторами^{1, 2, 4}

1. Betmiga Summary of Product Characteristics, 2012.
2. Khullar V et al. 2012; Eur Urol 2012; doi: 10.1016/j.eururo.2012.10.016.
3. Chapple CR et al. 2012; Eur Urol 2012; doi: 10.1016/j.eururo.2012.10.048.
4. Basra R, Kelleher C. Pharmacoeconomics 2007; 25: 129–42.

Информация для специалистов здравоохранения

АО «Астеллас Фарма».

109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7 (495) 737-07-56. Факс +7 (495) 737-07-50.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ



Отдохни, ургентность не торопит!



 **Везикар®**
солифенацин



- Самый назначаемый препарат для лечения ГМП¹
- Устраняет все симптомы ГМП при оптимальной переносимости²
- Обеспечивает лучшую приверженность к терапии³

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

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



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

АКАДЕМИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ



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

НАЧАЛО
1.09.2016



КУРС ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДЛЯ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

Организатор:

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

Техническая поддержка: ООО «Медицинские вебтехнологии»

План лекций:

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

ЛС-0006897 от 05.07.2010
RUS/05.2016/MEZ/KA/SH/1798

Информация для специалистов в здравоохранении

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

Статистика и эпидемиология материнской смертности в России



Мария Перова,
шеф-редактор Дайджеста
Академии акушерства
и гинекологии

Одной из ведущих проблем современного мирового и, в частности, российского здравоохранения является проблема материнской смертности. Показатель материнской смертности характеризует прогресс на пути достижения одной из восьми целей тысячелетия ООН – улучшение охраны материнства. МС характеризуется частотой случаев женской смерти, наступившей во время беременности, в процессе родов или в постродовом периоде в течение 42 дней от любого патологического состояния, связанного с беременностью.

По данным ВОЗ, в 2014 г. в мире был достигнут минимальный показатель числа женщин, погибших в 2013 г. в связи с беременностью, который составил 289 тыс. человек. Безусловно, проблема до сих пор остается из разряда вопиющих и наиболее острых, однако относительно прошлых лет это стало значительным достижением. В России в последние годы также наблюдается тенденция снижения материнской смертности. В 2014 г. этот показатель составил 10,8 на 100 тыс. живорождений, что на 4,4% ниже, чем в 2013 году и на 33,3% ниже, чем в 2011 г. К примеру, в 1990 г. этот показатель был более, чем в 4 раза выше.

Показатель МС является одним из основных критериев качества оказания акушерско-гинекологической помощи, состояния системы здравоохранения и службы

охраны материнства и детства в стране. Профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности является одним из важнейших направлений деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ, органов и учреждений здравоохранения субъектов РФ.

В целях оперативного контроля над уровнем материнской смертности, полнотой учета, а также для определения путей профилактики и снижения МС в соответствии с указанием Минздрава РСФСР от 20 декабря 1991 г. №229 «О внедрении автоматизированной системы учета и слежения за уровнем материнской смертности» в Российской Федерации, с 1 января 1992 г. осуществляется мониторинг МС.

Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июня 2006 г. №500 утверждена учетная форма №003у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», которая заполняется на основании данных первичной медицинской документации, протоколов клинико-экспертной комиссии (клинико-анатомического разбора), проводимой на уровне органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в каждом случае МС, независимо от места случившегося и принадлежности лечебно-профилактического учреждения. В каждом случае проходит индивидуальный разбор каждого случая смерти.

В 2002 г. был создан Координационный совет Минздравсоцразвития России по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни. Кроме того, в целях повышения эффективности работы в области охраны материнства и детства, оказания организационно-методической и практической помощи регионам совместным приказом Минздрава России и РАМН от 04.06.01 № 205/51 федеральные округа и территории РФ закреплены за научно-исследовательскими институтами и профильными кафедрами медицинских вузов акушерско-гинекологического и педиатрического профилей.

Приказами Минздравсоцразвития России от 26.11.04 № 283 и от 29.07.05 № 488 утверждены номенклатура, положение и список главных внештатных специалистов – экспертов Минздравсоцразвития России, в т. ч. по педиатрии, акушерству и гинекологии, определены конкретные задачи и направления их деятельности. Главной задачей является оказание методической и практической помощи органам и учреждениям здравоохранения в повышении доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям, рациональном использовании ресурсов службы родовспоможения и детства, снижении материнской и детской заболеваемости и смертности.

В 2007 г. была утверждена Концепция демографической политики РФ до 2025 г., в рамках которой запланировано сокращение МС и младенческой смертности не менее чем в 2 р., а также повышение рождаемости за счет рождения второго и последующих детей в каждой российской семье.

Эпидемиология МС

Проведенное ВОЗ исследование причин более чем 60 тысяч случаев материнской смерти в 115 странах показало, что около 28% случаев смерти вызваны непрямыми причинами, т.е. уже имевшимися медицинскими состояниями (такими, как диабет, малярия, ВИЧ, ожирение), усугубляемыми беременностью. Другими распространенными причинами являются: сильное кровотечение (в основном, во время и после родов) – 25%; гипертензия (обусловленная беременностью высокое кровяное давление) – 14%; сепсис – 15%; осложнения аборта – 13%; тромбы (эмболия) – 3%.

В РФ среди основных причин материнской смертности обозначены: кровотечения, не прямые причины акушерской смерти (экстрагенитальные заболевания), акушерская эмболия, последствия аборт, на долю которых приходится 21,7% смертей. Частично это объясняется тем, что в России все еще подавляющее количество искусственных прерываний беременности выполняется хирургическим путем, в то время как медикаментозный метод дает гораздо меньше осложнений. Проблема искусственных аборт в принципе является очень острой. Крайне важно понимать, что с медицинской точки зрения любая контрацепция лучше любого аборт. Однако распространенность искусственного аборт остается крайне высокой: согласно проведенным опросам в ходе ВОРЗ 2011 (выборочного обследования репродуктивного здоровья населения России), каждая 3-я (35%) женщина в РФ делала аборт. Среди женщин старшей возрастной категории (35-44 лет) аборт делали более половины (59%). Также имеется статистика, что при том, что 98% искусственных аборт за исследуемый период было проведено в лечебных учреждениях, независимо от места проведения каждый 4-5й аборт (22%) сопровождался ближайшими (15%) или отдаленными (7%) осложнениями.

Пути снижения МС

Как говорится в Информационном бюллетене ВОЗ, большинство случаев МС возможно предотвратить, т.к. медицинские методы предотвращения осложнений, равно как и их ведения хорошо известны. Всем женщинам необходим доступ к дородовому наблюдению во время беременности, к квалифицированной помощи во время родов и к помощи и поддержке на протяжении нескольких недель после родов. Особенно важно обеспечение присутствия квалифицированных специалистов здравоохранения во время всех родов, так как от своевременной помощи и лечения может зависеть жизнь.

Кроме того, по мнению экспертов ВОЗ, для предотвращения случаев МС жизненно важно также предотвращение нежеланных и слишком ранних беременностей. Всем женщинам, включая девушек-подростков, необходим доступ к методам

контрацепции, а также к службам обеспечения безопасного аборт и качественно-го ухода после аборт.

Меры профилактики и снижения МС:

- Доступность высококлассного медицинского наблюдения
- Медикаментозный аборт
- Роды в стационаре
- Органосохраняющие методики лечения кровотечений
- Регионарная анестезия
- Современные перинатальные технологии
- Осуществление идеологии планирования семьи, принятой за основу всемирной Концепции снижения МС, в рамках которой предполагается увеличение интергенетического интервала до 2 лет и прекращение репродукции после 40 (45) лет, что снижает МС в 2р., младенческую смертность – в 4 р.

– Развитие сети учреждений высокой степени риска, в т. ч. перинатальных центров, оснащенных современным оборудованием и позволяющих решать задачи сохранения жизни и здоровья беременным женщинам из групп высокого риска, вынашивания и выхаживания новорожденных с неудовлетворительным прогнозом здоровья.

Важнейшей государственной мерой является выделение дополнительных инвестиций на цели родовспоможения в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в т. ч. реализация программы родового сертификата и ряд важных мер по поддержке службы родовспоможения, определенных Посланием Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 10.05.06. ■



Урогенитальный синдром: гинекологические симптомы часто появляются первыми

С проявлениями урогенитального синдрома, в частности, гиперактивностью мочевого пузыря (ГМП) сталкивается большинство женщин, достигнув возраста менопаузы. О том, как на эту проблему, находящуюся на стыке нескольких медицинских специальностей, смотрят гинекологи, мы побеседовали с ведущим гинекологом-эндокринологом, руководителем поликлинического отделения ГБУЗ МО МОНИАГ, врачом высшей квалификационной категории по специальности «акушерство и гинекология», доктором медицинских наук, профессором Верой Ефимовной Балан.



Вера Ефимовна Балан,
доктор медицинских наук,
профессор

Вера Ефимовна, с какими трудностями для гинеколога сопряжено лечение урогенитального синдрома?

Первое, что стоит отметить, – у этого симптомокомплекса или синдрома очень сложный патогенез. Сегодня изучают множество молекулярно-генетических аспектов, но для практической медицины результаты этих исследований мало что меняют и набор препаратов, которыми мы лечим, очень ограничен. Вся терапия, к сожалению, симптоматическая, патогенетической терапии ГМП пока нет, и наша основная задача сделать так, чтобы пациент как можно лучше переносил лечение. Мы не можем вылечить гиперактивный мочевой пузырь, понятно, что это лечение практически пожизненное. Надо найти какую-то середину, чтобы осложнений было меньше, ремиссии были дольше и так далее.

«Урогенитальное старение», «урогенитальный эстроген дефицитный синдром», «урогенитальная атрофия», «генитоуринарный синдром» или «возрастные изменения в урогенитальном тракте» - все эти термины обычно используют при описании комплекса симптомов со стороны нижних отделов мочеполового тракта, возникающих в климактерический период.

А насколько эта проблема исследована и как давно является предметом пристального изучения?

Урогенитальная атрофия, думаю, существует с тех пор, как продолжительность жизни женщины стала превышать возраст наступления менопаузы. Так было не всегда, природа поступала следующим образом: перестала женщина рожать, где-то близко к менопаузе и природа убирала эту женщину из популяции. А когда увеличилась продолжительность жизни, появились симптомы, которые мы сегодня называем менопаузальными, в том числе-урогенитальная атрофия. Пристальный интерес к этой проблеме появился только в конце 70-х – начале 80-х годов. Обусловлено это тем, что недержание мочи связали со старением и эстрогенным дефицитом. Кроме того, именно в начале 80-х годов появился эстриол, то есть тот гормональный препарат, который перевернул представления гинекологов об урогенитальной атрофии. Хотя всерьез гинекологи начали заниматься этим вопросом только в самом конце 80-х – начале 90-х годов. Терминология с годами изменялась: чаще всего говорили о сенильном кольпите, хотя воспаления, как правило, в этой ситуации нет. Говорили и говорят «атрофический кольпит», «сенильный» и «атрофический» уретрит, «тригонит», «уретральный синдром». На сегодня наиболее ёмкие термины – «урогенитальная атрофия» и «урогенитальные расстройства». В МКБ10 есть только одна позиция, которая отражает ситуацию: N95.2, «постменопаузальный атрофический вагинит».

А в чём причина таких терминологических расхождений?

Сегодня терминология меняется, и, гинекологи об этом знают. Я бы не сказала, что она изменилась кардинально, это только попытка смены терминологии нашими и международными ассоциациями. Эксперты сочли, что в термине «вульвовагинальная атрофия», которым очень часто пользуются на Западе, абсолютно не рассмотрены мочевые расстройства (у нас они рассматриваются очень давно), и предложили перейти к термину «генитоуринарный синдром». Наши термины: «урогенитальная атрофия» и «урогенитальный синдром» – существуют в России



приблизительно с 1998 года. Почему терминология меняется? Термин «атрофия» подразумевает окончательную потерю функциональности. Кроме того, в СМИ с трудом приживается слово «вагиналище». И «вульвовагинальная атрофия», как я уже сказала, не охватывает мочевого нарушения: urgentные или императивные позывы, дизурию, рецидивирующие инфекции. Гинекологические симптомы появляются первыми, но я всегда говорю о том, что они просто ощущаются быстрее: женщина в первую очередь обращает внимание именно на гинекологические симптомы.

Как бы ни называлось это расстройство, давайте разберёмся, чем оно, в первую очередь, опасно.

Давайте начнём с того, что же такое урогенитальные расстройства. Это комплекс вагинальных и мочевого симптомов, развитие которых является осложнением атро-

фических процессов в эстроген-зависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта. При этом атрофические изменения в урогенитальном тракте – один из основных «маркеров» эстрогенного дефицита. Согласно нашим собственным данным, почти у 20% пациенток они появляются одновременно с яркими проявлениями климактерического синдрома. Женщина быстрее обращает внимание на приливы и потливость, они ей очень мешают, и это заметно окружающим. А вот урогенитальная атрофия развивается исподтишка, не сразу начинает мешать, и обращают внимание на этот симптом, в основном, через 5 лет или больше, когда он проходит уже не в лёгкой, а в тяжёлой форме и очень сильно снижает качество жизни.

Как высока распространённость проблемы в целом по популяции и есть ли какие-то группы пациентов, требующие особого отношения?

Частота возникновения урогенитального синдрома колеблется от 13% в перименопаузе до 60% в постменопаузе длительностью более 5 лет. Наибольшие частота и выраженность наблюдаются у курящих женщин и у пациенток, получающих лечение по поводу рака молочной железы. Это особая группа пациенток, здесь мы связаны по рукам и ногам. Даже локальные эстрогены нам не всегда разрешают назначать онкологи, но этот момент сейчас пересматривается в международном сообществе, и считается, что у локальных препаратов не должно быть тех же противопоказаний, что у системных. Таким образом, онкологические заболевания, включая рак молочной железы, никак не должны относиться к противопоказаниям, потому что локальные эстрогены системным действием не обладают.

С какими проявлениями синдрома чаще всего сталкиваются гинекологи?

Для начала, это вагинальные симптомы, в числе которых сухость и зуд во влагалище, диспареуния (болезненные ощущения во время полового акта), рецидивирующие вагинальные выделения (но не инфекционного рода), опущение стенок влагалища, кровоточивость вагинальной слизистой (это связано с тем, что при эстрогеновом дефиците начинает, в первую очередь, страдать кровоток) и сексуальные нарушения. Другая сторона медали – это симптомы цистоуретральной атрофии или мочевого симптомы. Здесь нежелательно применять, например, понятие «атрофический цистит», здесь нет воспаления, это симптомы, связанные с атрофией уретерия, который делается крайне чувствительным к попаданию даже небольшого количества мочи в мочевой пузырь. Здесь важны следующие симптомы: частые дневные и ночные мочеиспускания, дизурия, рецидивирующие инфекции мочеполового тракта, цисталгия, неот-

ложные позывы к мочеиспусканию, urgentное, стрессовое и смешанное недержание мочи. Если эти симптомы появляются вместе с последней менструацией, то есть вступлением женщины в менопаузу или через несколько лет после, то мы относим их к мочевым проявлениям урогенитальной атрофии, а если у женщин более молодого возраста (чаще всего после родов), мы не говорим об этом, но известно, что тяжесть симптомов значительно усугубляется в постменопаузе, если ранее пациентка не задумывалась о лечении.

Две эти группы симптомов чаще проявляются по отдельности или вместе?

У трети пациенток в постменопаузе могут быть изолированные проявления генитоуринарного синдрома, однако по последним данным у 65–100% женщин симптомы вагинальной и цистоуретральной атрофии сочетаются. Изолированные симптомы мы можем, конечно, лечить без системной менопаузальной гормонотерапии, но к сожалению, две трети больных и более сочетают урогенитальную атрофию и менопаузальный синдром с остеопорозом и высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний. Тогда нам приходится думать о системной терапии или сочетании её с локальными препаратами.

Расскажите, пожалуйста, немного о диагностике расстройства.

Для начала необходимо задать пациентке простые вопросы: сколько раз в день она мочится? Если пациентка отвечает «10–12», у нас в голове срабатывает соответствующий сигнал. Следующий вопрос: сколько раз вы встаёте ночью? Следом за ним: если вам хочется в туалет, вы можете доделать то, чем были заняты: к примеру, суп доварить или допечатать какой-то текст? Если женщина говорит «нет, я вынуждена всё бросить и бежать в туалет», – значит, у этой пациентки наверняка есть ГМП, и мы должны дальше обследовать её. Хорошо помогают дневники мочеиспускания, однако часто наши пациентки не любят много записывать. Тогда приходится задавать дополнительные вопросы, чтобы получить чёткую количественную оценку этого симптомокомплекса.

Мы уже выяснили, что сама проблема существует достаточно долго и, возможно, эволюционно обусловлена. А как давно появились лекарства, способные облегчить её проявления?

Сходность вагинального эпителия и уротелия, а также способность уротелия синтезировать гликоген была описана ещё в 1947 году. В следующем, 1948 году описана чувствительность уротелия к эстрогену, а в 1957 году показана

реакция уротелия на введение эстрогенов у женщин в постменопаузе. То есть, вероятно, ещё ранее было необходимо соединить взгляды урологов и гинекологов на проблему. В те времена, к сожалению, не было препаратов, которые можно было бы очень долго использовать для лечения любых проблем в урогенитальном тракте, связанных с атрофическими изменениями. Патогенез связан с дефицитом эстрогенов, первой развивается ишемия во всех структурах урогенитального тракта, только через несколько лет снижается пролиферация уротелия и вагинального эпителия. Страдают коллагеновые структуры урогенитального тракта и мышечные структуры уретрального тракта, развиваются симптомы вагинальной и цистоуретральной атрофии, стрессовое, urgentное и смешанное недержание мочи. Профессор Питер Смит в 1990 году за открытие рецепторов в урогенитальном тракте у женщин получил Нобелевскую премию, он показал количественно, сколько же рецепторов находится в различных структурах урогенитального тракта. Если мы сравнивать с маткой, где их 100%, то во влагалище локализуется 60%, а в уретре и мочевом пузыре 40%. В мышцах тазового дна и коллагеновых структурах – только 25%, поэтому для мышц необходимы не только лекарственные препараты и менопаузальная гормонотерапия, но и обязательная тренировка мышц тазового дна, поведенческая терапия.

Стоит также упомянуть о локализации рецепторов к половым гормонам в урогенитальном тракте. Если во влагалище есть и *a*, и *b* рецепторы эстрогена, в промежности и нижней трети влагалища доминируют андрогеновые рецепторы, в мочевом пузыре и уретре – в рецепторы эстрогена, поэтому этим структуры могут чуть позже отвечать на воздействие эстрогенов, чем, например, стенки влагалища. Для того, чтобы полностью восстановить структуры урогенитального тракта, гормонотерапия должна использоваться на первом этапе не менее трех месяцев. Сегодня изучены и найдены новые формы эстрогеновых рецепторов в вагинальных биоптатах и, соответственно, рассматриваются другие препараты, кроме эстрогенозаместительной гормонотерапии, это тоже очень интересно. Много говорят о селективных эстроген-рецепторных модуляторах.

К примеру, первый курс пройден, пациентка три месяца исправно лечилась. Что произошло за это время?

Через три месяца под влиянием эстрогенов восстанавливается кровоток, и это, наверное, основной результат терапии. Возобновляются процессы пролиферации в уротелии и вагинальном эпителии, а также восстанавливается популяция лактобацилл, уровень pH нормализуется, сократительная активность миофибрилл

влагалищной стенки, детрузора и уретры, улучшается иннервация урогентиального тракта. Кроме того, повышается синтез α и β -адренорецепторов, а также мускариновых рецепторов, восстанавливается чувствительность к норадреналину и ацетилхолину. Также улучшается эластичность коллагена за счёт деструкции старого и синтеза нового. Вдобавок, отмечается существенное влияние на локальный иммунитет, который защищает женщину от восходящей инфекции и абсолютно эстроген-зависим.

В чём на сегодня преимущество назначения локальных эстрогенов?

По результатам предпринятого масштабного исследования, препараты гормонотерапии системного воздействия в 20–45% случаев не оказывают системного воздействия на симптомы урогенитальной атрофии. Немедикаментозная терапия, в свою очередь, по эффективности приближается к плацебо, а вот локальные формы эстрогенов оказывают минимальное системное воздействие и приводят к регрессу атрофических изменений в урогенитальном тракте.

Можно ли выделить наиболее эффективные из них?

Мета-анализ 15 рандомизированных исследований с участием 3 тыс. женщин показывает, что эстриол остаётся самым эффективным и безопасным средством, поскольку у него практически нет системной абсорбции, и это очень важно для наших пациенток, перенесших рак молочной железы. Примером препарата, содержащего эстриол, может являться «Овестин» или его аналога «Овипола» в форме свечей или крема.

А проводились ли сравнительные исследования эффективности комбинированной и моно-терапии ГМП?

Наши последние, 2016 года, данные свидетельствуют о том, что как сочетанная терапия, так и монотерапия М-холинолитиками эффективны в отношении симптомов ГМП. Через 3 месяца лечения частота поллакиурии снижается в 8 раз, ноктурии – в 4,5 раза, ургентности – в 4,4 раза, а ургентного недержания мочи – в 3 раза. При этом важным преимуществом сочетанной терапии является более выраженное снижение основного симптома ГМП – ургентности (в 1,7 раз) и уменьшение частоты рецидивов в 2,5 раза. То есть женщина имеет возможность без терапии М-холинолитиками, а только с локальными эстрогенами продержаться до следующего курса в два с половиной раза дольше, чем при монотерапии.

Можно ли выделить факторы риска относительно этого расстройства и каким-то образом воздействовать на них?

По определению профессора Евгения Леонидовича Вишневого, гиперактивный мочевого пузыря – хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежат процессы ишемии и сосудистый стресс. Соответственно, основными факторами риска тут являются воспалительные заболевания (к примеру, рецидивирующий цистит), беременность, неврологические заболевания и, собственно, климактерический период. Если мы возьмём популяционные данные, то мы увидим, что в 20% случаев нарушения мочеиспускания приходится на женщин репродуктивного возраста, хотя мы и привыкли связывать эту проблему со старением. Нами проведено о крупное исследование относительно нарушений мочеиспускания у беременных женщин. Выяснилось, что во время беременности нарушений мочеиспускания нет только у 20% пациенток. Чаще всего симптомы связывают с ростом матки, нарушениями гормональных взаимоотношений, – причин может быть много. Изучив структуру нарушений, мы увидели, что доминирует гиперактивный мочевой пузырь. До недавнего времени это считалось практически нормой. Далее мы посмотрели, что происходит после родов. Сравнив картину во время беременности и через 4 месяца после родоразрешения, мы увидели, что беременность – это действительно очень высокий фактор риска нарушения мочеиспусканий. У большинства женщин они действительно проходят, но у 15,7% остаются. В большинстве случаев это симптомы ГМП. Таким образом, нарушения, возникшие при беременности, могут сохраняться на всю оставшуюся жизнь. Далее они могут проходить на какое-то время или обостряться, а вот после менопаузы уже развиваются стойкие формы нарушений мочеиспускания.

С какими сложностями, помимо самих симптомов, могут сталкиваться пациентки?

К сожалению, далеко не все препараты, используемые при лечении ГМП и урогенитального синдрома, дотируются государственно. Если на Западе женщина, как правило, оплачивает только гигиенические средства, и то частично, то у нас затраты на лекарства могут составлять половину средней пенсии. При выборе лечения нужно учитывать, что препараты не всегда хорошо переносятся, дорого стоят, и надо найти врача, который правильно подберёт терапию, сможет подобрать М-холинолитик индивидуально. Одни препараты позволяют манипулировать дозировкой, другие – нет,

но всегда выбирается минимально эффективная доза, чтобы женщина как можно дольше могла получать терапию. К примеру, очень важным стало появление на нашем рынке «Уротол» - дженерика толтеролина. «Уротол» один из

самых доступных препаратов для наших женщин. Несмотря на большое количество побочных действий у всех препаратов этого ряда, есть только одно абсолютное противопоказание – глаукома.

Каким образом действует такое лекарство?

В механизме действия важно только одно: пока мы даём препарат, он блокирует действие ацетилхолина на мускариновые рецепторы и предотвращает сокращение детрузора. Если прекратить прием, все симптомы возвращаются. Пока не создан препарат, способный вылечить гиперактивный мочевой пузырь «Уротол» значительно снижает количество мочеиспускания и эпизодов ургентного недержания мочи. Другой очень важный момент: согласно рекомендациям Международной Ассоциации по менопаузе, симптомы вагинальной атрофии легко купируются эстрогенами, и препараты антимускариновой первой линии у женщин с ГМП в климактерии. Но при этом ни системная, ни локальная гормональная терапия не являются профилактикой стрессового недержания мочи.

С вашей точки зрения, лечение этого расстройства является задачей, в первую очередь, гинеколога или уролога?

Гиперактивный мочевой пузырь – это проблема абсолютно междисциплинарная, смысла нет её делить между гинекологами и урологами. К кому женщина пришла, у того она и будет лечиться. Кроме того, важна роль неврологов, травматологов и врачей общей практики. Основной момент лечения – назначение м-холинолитиков и менопаузальной гормонотерапии. Какой она будет, зависит от женщины, но здесь должна обязательно присутствовать локальная терапия эстрогенами. На сегодня это даже не оспаривается. ■

Беседовала В.А. Шадркина



- **СТАБИЛИЗИРУЕТ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У 82% ПАЦИЕНТОВ И УСТРАНЯЕТ ПРИЗНАКИ ГАМП* УЖЕ ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ТЕРАПИИ!**²
- **НЕ ОГРАНИЧИВАЕТ ДНЕВНУЮ АКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАМП³**

Уротол® эффективное решение деликатных проблем¹

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА УРОТОЛ®

Торговое название препарата: УРОТОЛ® **Международное непатентованное название:** толтеродин **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой **Таблетки 1 мг:** Состав: каждая таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит в качестве активного вещества 1мг толтеродина **Таблетки 2 мг:** Состав: каждая таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит в качестве активного вещества 2мг толтеродина **Фармакотерапевтическая группа:** М-холиноблокатор **Код АТХ:** G04BD07

Показания к применению: гиперрефлексия (гиперактивность, нестабильность) мочевого пузыря, проявляющаяся частыми, императивными позывами к мочеиспусканию, учащенном мочеиспускании и/или недержанием мочи. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата; Задержка мочеиспускания; Неподдающаяся лечению закрытоугольная глаукома; Миастения gravis; Тяжелый язвенный колит; Мегаколон; Возраст до 18 лет. **С осторожностью:** назначают препарат при выраженной обструкции нижних мочевыводящих путей из-за риска задержки мочеиспускания, при повышенном риске снижения перистальтики ЖКТ, при obstructивных заболеваниях ЖКТ (например, стеноз привратника), при почечной или печеночной недостаточности (суточная доза не должна превышать 2 мг), невропатии, грыже пищевода, открытии диафрагмы. **Способ применения и дозы:** Препарат назначают внутрь по 2 мг 2 раза в день, независимо от приема пищи. Общая доза препарата может быть уменьшена до 2 мг в сутки, основываясь на индивидуальной переносимости препарата. **При нарушении функции печени и/или почек,** а также при одновременном применении с кетоконазолом или другими сильными ингибиторами CYP3A4 рекомендуется снижение дозы препарата до 1 мг 2 раза в день. Эффективность терапии должна быть повторно оценена спустя 2 - 3 месяца после начала лечения. **Побочное действие:** Со стороны иммунной системы: аллергические реакции, отек Квинке (очень редко). Со стороны нервной системы: нервозность, нарушение сознания, галлюцинации, головокружение, сонливость, парестезия, головная боль. Со стороны органов зрения: сухость глаз, нарушение аккомодации. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, повышенное сердцебиение, аритмия (редко). Со стороны ЖКТ: сухость во рту, диспепсия, запор, боль в животе, метеоризм, рвота, редко – гастроэзофагеальный рефлюкс. Со стороны кожных покровов: сухость кожи. Со стороны мочевыделительной системы: задержка мочеиспускания. Прочие: повышенная утомляемость, боль в груди, периферические отеки, бронхит, увеличение массы тела. **Лекарственное взаимодействие:** Следует избегать одновременного назначения толтеродина с сильными ингибиторами CYP3A4, такими как макролидные антибиотики (эритромицин и кларитромицин), противогрибковые средства (кетоконазол, итраконазол и микоконазол), ингибиторы протонной помпы, вследствие возможности повышения концентрации толтеродина в сыворотке крови, что увеличивает риск передозировки препарата. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой по 1 мг и 2 мг. По 14 таблеток в блистер из ПВХ/ПВДХА/А. По 2 или 4 блистера вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **Условия хранения:** В сухом месте. **Срок годности:** 2 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Перед назначением ознакомьтесь с полным вариантом инструкции.**

1. Chapple C.R., Roehrborn T., Al-Shukri S. et al. Randomized, double-blind placebo- and tolterodine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. BJU Int 2004; 93: 303-310. 2. Балди В.Е., Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания в климактерии и принципы их лечения // РМЖ. – 2000. – №7. 3. Todorova E et al. Effects of tolterodine, trospium chloride, and oxybutynin on the central nervous system. J Clin Pharmacol. 2001 Jun; 41(6): 636-44.

*ГАМП – гиперактивный мочевой пузырь

Перед назначением ознакомьтесь с полным вариантом инструкции. За более подробной информацией обращайтесь в представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция), 125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22, тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-16-69, e-mail: info@zentiva.ru, www.zentiva.ru

ZENTIVA
КОМПАНИЯ ГРУППЫ САНОФИ

Эмболизация фибромы матки повышает либидо у женщин с миомой

У врачей появилось безоперационное решение проблемы, когда миома матки влияет на женское либидо, сообщает Zee News.

Речь идет об эмболизации фибромы матки: по данным источника, эта процедура улучшает сексуальную функцию и повышает качество жизни в целом, причем улучшение точно сохраняется на протяжении более года.

Обычно качество интимной жизни при миоме матки снижается за счет неприятных симптомов, в числе которых обильные кровотечения во время менструации, болезненные ощущения во время полового контакта, а также боли в области таза, спины и ног. Эмболизация избавляет от этих проявлений. Кроме того, после процедуры женщина в меньшей степени испытывает усталость и подавленное состояние.

Для решения проблемы ученые усовершенствовали существовавший метод с помощью технологий получения точных изображений и консультации радиологов. В результате получилась минимально инвазивная технология, что позволяет женщине максимально быстро вернуться к привычной жизни. Идея в том, что эмболизация позволяет выборочно закупорить сосуды, питающие миому, в результате чего та начинает уменьшаться. ■

Женщины слишком заняты, чтобы обращаться к врачу

Более четверти британских женщин считают работу приоритетнее визита к врачу, а более трети — семью. Таковы результаты недавнего соцопроса, опубликованные The Daily Mail.

При этом больше трети респонденток пожаловались на невнимание врачей к их жалобам: 36% опрошенных казались, что доктора их не слушали, когда они рассказывали о своих соматических симптомах.

Кроме того, врачи не обратили внимания на проблемы с психикой примерно у 30% участниц, а 27% не получили помощи, пожаловавшись на сексуальное здоровье. Также более трети опрошенных отметили, что им трудно говорить с врачом.

В результате после посещения специалиста примерно каждая пятая женщина начинала сомневаться в собственных ощущениях, если врач не подтверждал имевшиеся опасения. Однако только 10% респонденток принимали свой диагноз, не сомневаясь в нем. ■

Проверяться на ВПЧ нужно вне зависимости от сексуальной ориентации

Сексуальную ориентацию нельзя считать причиной для отказа от проведения анализов на вирус папилломы человека (ВПЧ), напоминают исследователи из Сиднейского университета (Австралия). Тем временем, по данным специалистов, 40% лесбиянок считают, что им не нужно проверяться, так как они не занимаются сексом с мужчинами.

В ходе своего исследования ученые заметили, что лесбиянки намного реже проверяются на инфекции, передающиеся половым путем (в числе которых и ВПЧ), чем бисексуалки и «квир»-женщины (практикующие любые другие альтернативные формы сексуальных отношений, не относя себя к лесбиянкам или бисексуалкам). При этом лишь 65.2% лесбиянок хоть раз в жизни сдавали пап-тест, в то время как среди бисексуалок этот показатель составил 70.8%, а среди «квир»-женщин — 79.4%.

На сегодня известно более 100 разновидностей ВПЧ, некоторые из которых считаются канцерогенными и могут привести к развитию рака. Специалисты рекомендуют время от времени проверяться на наличие вируса и лечиться в случае положительного ответа. Женщины обычно заражаются ВПЧ во время секса с мужчинами, однако вирус может передаваться и при контакте гениталий двух женщин, а также через секс-игрушки — именно поэтому даже лесбиянкам необходимо сдавать анализ на ВПЧ.

Доктор Джули Муни-Сомерс, член команды исследователей, отметила, что около 60% лесбиянок хотя бы раз в жизни занимались сексом с мужчиной, и это — еще одна причина проверяться на ВПЧ. Отказ от теста не даст возможность вовремя обнаружить вирус и провести лечение, что повышает риск развития рака шейки матки, а он у представительниц ЛГБТ-сообщества и так не ниже, чем у других женщин.

Добавим, при проведении опроса среди представительниц ЛГБТ-сообщества в 2010–2012 годах выяснилось, что «квир»-женщины чаще других прибегали к наркотикам и становились жертвами сексуального насилия, однако и к своему здоровью относились внимательнее других. В то же время лишь 58.3% бисексуалок и 52.9%

лесбиянок, согласно опросу, хотя бы раз в жизни проверялись на инфекции, передающиеся половым путем.

Ученые призывают всех женщин время от времени проверяться на наличие у них ВПЧ (как, впрочем, и других инфекций, передающихся половым путем), независимо от того, какой образ жизни они ведут и к какой группе людей себя относят. ■

Оральные контрацептивы повышают риск развития глаукомы



Длительный прием противозачаточных таблеток вдвое увеличивает риск развития глаукомы у женщин, утверждают американские и китайские специалисты. Результаты совместного исследования представлены на 117-й Ежегодной конференции Американской академии офтальмологии (AAO) в Новом Орлеане.

Специалисты из Калифорнийского университета и Школы Медицины Дьюкского университета (США) совместно с учеными из Тяньшаньского университета (КНР) сравнили данные масштабного исследования National Health and

Nutrition Examination Survey. Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) в 2005–2008 годах провел анкетирование 3406 женщин старше 40 лет, которые ответили на вопросы, касающиеся предохранения от беременности, а также прошли офтальмологическое обследование.

Статистика показала, что пациентки, больше трех лет принимавшие любые противозачаточные таблетки, страдали от глаукомы в два раза чаще, чем женщины, пользовавшиеся контрацептивами в течение более короткого времени. Мнение исследователей однозначно: длительный прием контрацептивов является потенциальным фактором риска развития глаукомы и должен быть включен в список совокупных факторов этого заболевания. Такой вывод подтверждают результаты ряда научных исследований, показавших значительную роль женского гормона эстрогена в патогенезе глаукомы.

Руководитель исследования, профессор клинической офтальмологии Калифорнийского университета Шан Линь считает необходимым дальнейшее изучение корреляции глаукомы и оральных контрацептивов, а также настоятельно рекомендует специалистам назначать пациенткам офтальмологическое обследование.

Напомним, для глаукомы характерны хроническое повышение внутриглазного давления, атрофия глазного нерва, и в конечном итоге — полная слепота. Причиной развития болезни может быть ряд факторов, среди которых наследственная предрасположенность, особенности строения глаз, заболевания сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем. ■

Пассивное курение грозит бесплодием и ранним климаксом

Даже пассивное курение может привести к ранней менопаузе и бесплодию у женщин, пишет новостной портал «University Herald», ссылаясь на публикацию в журнале «Tobacco Control» (BMJ Journals).

Автор приведенного исследования Эндрю Хайленд (Andrew Hyland; Roswell Park Cancer Institute, Buffalo) отмечает, что, хотя предыдущие работы уже связывали курение с бесплодием и менопаузой, пассивная его форма менее исследована. При этом опасности подвергаются даже никогда не курившие женщины.

В ходе работы доктор Хайленд и его коллеги изучили данные 160 тыс. женщин, зарегистрированных в масштабном исследовании Women's Health Initiative, которое было начато в 1991 году. Исследование показало, что для курящих женщин, как и для здоровых, но подверженных воздействию пассивного курения, были одинаково актуальны проблемы с деторождением и наступление ранней менопаузы.

Согласно результатам, те, кто продолжает курить, как и те, кто бросил, на 14 процентов чаще страдают бесплодием, и для них на 26 процентов более вероятно наступление ранней менопаузы по сравнению с некурящими. С другой стороны, у тех женщин, которые были подвержены самому высокому уровню пассивного курения (жизнь с курильщиком в течение 10 и более лет), на 18 процентов возрастает вероятность развития проблем с деторождением и раннее наступление климакса.

Некоторые эксперты предполагают, что такой эффект пассивного курения возможен из-за токсинов табачного дыма, оказывающих неблагоприятное воздействие на гормональный фон организма.

Обнародовав итоги, исследователи, однако, не смогли показать причинно-следственные связи. «Это наблюдательное исследование с использованием уже собранных данных», — подчеркивает доктор Хайленд.

Это исследование — одно из первых по изучению и сравнению воздействия активного и пассивного курения в аспекте охраны здоровья женщин. Результаты являются доказательством того, что все женщины должны быть защищены от негативных эффектов активного и пассивного курения. ■

Разработан мобильный кольпоскоп для развивающихся стран

Новая разработка израильских ученых обещает сделать диагностику рака шейки матки более доступной для жительниц регионов с низким уровнем развития здравоохранения, сообщает портал Evercare.

Известно, что раннее выявление существенно снижает уровень смертности от рака в целом и от рака шейки матки, в частности. Это заболевание считается одним из главных причин онкологической смертности, хотя за последнее время ситуация улучшилась — прежде всего, потому что женщины стали более регулярно проходить обследование. К сожалению, это касается только развитых стран, и такая медицинская услуга не везде доступна.

Разработанный израильянами мобильный кольпоскоп MobileODT представляет собой насадку на смартфон, более доступную для врачей в бедных странах, чем дорогостоящее медицинское оборудование. Это устройство, предназначенное как раз для диагностики рака шейки матки, состоит из собственно телефона, 10-кратной линзы, которая прикрепляется к телефону, и поддерживающей базы со встроенным источником света. Хранение изображений, полученных с помощью устройства, обеспечивает производитель на своем «облачном» сервере, что позволяет клиникам проводить исследование, а затем обрабатывать изображения и делать нужные измерения, однако устройство может работать и без доступа в интернет.

Использоваться MobileODT может даже медсестрой без надлежащей квалификации, которая просто делает фотографию матки пациентки и передает ее через интернет врачу для анализа и диагностики.

Прибор уже доступен к использованию, и его цена не превышает 10% стоимости традиционного кольпоскопа. Также устройство получило европейскую сертификацию CE. ■

Разрабатывается новая методика лечения приливов

Разработка новой методики лечения приливов во время наступления менопаузы начата в Имперском колледже Лондона, сообщается на сайте учреждения.

Новое лекарство от приливов, которое скоро испытают на группе вступивших в менопаузу женщин, работает за счет блокирования сигнала мозга, запускаю-



щего расстройство. Во время менопаузы яичники женщины производят меньшее количество эстрогена, и у 70% представительниц прекрасного пола это приводит к развитию приливов, оказывающих негативное воздействие на их качество жизни.

Разработчики лекарства говорят, что приливы возникают из-за выделения гормона мозга под названием нейрокинин-В как реакции на снижение уровня эстрогена. Ученые обнаружили, что у получающих нейрокинин-В крыс наблюдается эквивалент человеческих приливов, но когда они находятся под воздействием препарата, блокирующего этот гормон, то все приливы прекращаются.

Также установлено, что компонент под названием AZD4901, изначально разработанный для лечения шизофрении, способен избавлять от приливов. Для испытания нового лекарства будет привлечено 30 женщин, которые в течение 4 месяцев станут получать либо новый препарат, либо плацебо. ■

Малоподвижный образ жизни ухудшает симптомы менопаузы

У физически неактивных женщин менопауза протекает тяжелее, выяснили ученые, проанализировав данные 6079 пациенток в возрасте от 40 до 59 лет из 11 стран Латинской Америки. О результатах сообщает портал Zee News.

Наблюдение показало, что примерно 16% женщин, ведущих малоподвижный образ жизни, и 11% активных участниц имели ярко выраженные симптомы менопаузы. При этом у неактивных женщин симптомы встречались чаще и были тяжелее. Стоит отметить высокую распространенность проблемы: 64% участниц исследования подвергались недостаточным физическим нагрузкам.

Кроме того, сидячий образ жизни оказался связан с ожирением, депрессией, тревожными расстройствами и бессонницей. В конечном итоге, считают исследователи, физическая активность может избавить не только от симптомов менопаузы, но и от множества других проблем. ■

Препарат для лечения диабета снижает вероятность смерти от рака у женщин в постменопаузе

Результаты исследования, говорящие о снижении риска смерти от онкологических заболеваний на фоне приема метформина — препарата, используемого для лечения диабета — опубликованы в журнале International Journal of Cancer.

Ученые проанализировали медицинские данные 145 тыс. 826 женщин в постменопаузе (50–79 лет), страдающих диабетом. В результате было выявлено, что для данной группы пациентов риск развития колоректального рака, злокачественных опухолей эндометрия и неходжкинской лимфомы в среднем на 20–35% выше, а вероятность диагностирования рака печени и поджелудочной железы в два раза выше, чем в среднем по популяции.

Также выявлено, что при приеме метформина риск смерти от рака был ниже, чем при прохождении терапии другими противодиабетическими лекарственными препаратами (относительный риск 1,08 против 1,45).

Добавим, в начале 2015 года, группа исследователей из крупной медицинской организации Kaiser Permanente в США заявила, что при длительном, более 5 лет, использовании метформина наблюдается снижение заболеваемости аденокарциномой легкого у некурящих на 31%, но, вместе с тем, увеличение на 82% риска мелкоклеточной карциномы у курящих пациентов. ■

Операция по пересадке матки в США завершилась неудачно из-за грибковой инфекции

Первая в США операция по пересадке матки, проведенная в феврале этого года, завершилась неудачно из-за инфекции, вызванной грибом. На это вмешательство возлагались большие надежды, однако через несколько дней донорский орган пришлось удалить.

После того, как стало известно об успешном завершении девятичасовой операции, у реципиента — 26-летней Линдси МакФарланд — возникли осложнения, связанные с пересадкой. По прошествии нескольких дней пересаженную матку было решено удалить.

Как объяснили представители Кливлендской больницы где проходило вмешательство, причиной неудачи стала инфекция, вызванная грибом *Candida albicans*. Медики сообщили, что для здоровых людей этот микроорганизм, как правило, не представляет опасности, но для тех, чей иммунитет ослаблен, вызываемые им инфекции могут стать серьезной проблемой.

Теперь в протокол отбора и подготовки пациенток для дальнейших операций (всего планируется провести 10 трансплантаций) будут внесены изменения, которые позволят предотвратить развитие подобных осложнений в дальнейшем.

Напомним, что впервые трансплантации донорской матки были проведены в Швеции в 2014 году, что привело к рождению четверых здоровых детей. Перед началом работы американские специалисты прошли обучение у своих шведских коллег. ■

Эффективная терапия серозного рака яичников

Новый перспективный метод лечения гинекологических опухолей разработали ученые Калифорнийского университета (UCLA — University of California; Los Angeles, USA). Этот подход ориентирован на белок «p53», который обычно мутировал у женщин, имеющих высокую степень серозного рака яичников — самой опасной формы рака репродуктивных органов. Об открытии сообщает новостной портал «MedicalXpress», ссылаясь на публикацию в журнале «Cancer Cell».

Достижению результата предшествовало трехлетнее исследование под руководством профессора Дэвида Айзенберга (David S. Eisenberg) и доктора Саназ Мимарзадех (Sanaz Memarzadeh). Выводы, которые были сделаны учеными, в конечном счете могут привести медицину к новым целевым методам лечения и многих других видов рака, которым свойственны мутации белка p53.

Белок p53 известен как «страж генома» — он предотвращает размножение поврежденных клеток, останавливает их рост до тех пор, пока повреждения не будут отремонтированы, или, если повреждение не может быть отменено, способствует гибели клеток.

Однако мутации, которые происходят у 96% пациенток с серозными опухолями яичников высокой степени, могут привести к образованию «агрегатов» белка p53, которые нарушают его нормальную функцию. В результате поврежденные клетки начинают размножаться бесконтрольно и развивается рак.

Ученые UCLA разработали и испытали пептид ReAcP53, который проникает в раковые клетки и предотвращает мутантный белок p53 от агрегации. Эта методика восстанавливает нормальную функцию p53, вызывая гибель клеток рака яичников.

По словам профессора Айзенберга, были определены сегменты p53, которые позволяют белку группироваться. Компьютерный алгоритм определил структуру, а затем и разработал белок ReAcP53, который способен блокировать процесс агрегации. «Это позволяет предохранять белок от слипания, так что он может делать свою работу и убивать раковые клетки», — поясняет Айзенберг.

Результаты исследования показали значительное сокращение опухолей у пациенток. Эксперты подчеркнули, что этот метод не выявил никаких очевидных побочных эффектов в физиологической модели, и что ReAcP53 очень хорошо переносится.

Статистика такова, что более 80% женщин с прогрессирующей стадией высокой степени серозного рака яичников переживают рецидивы даже после повторных операций и нескольких курсов химиотерапии. Новый действенный подход к лечению этой смертельной болезни может стать значительным шагом вперед в защите от рецидивов рака. Это очень важно, тем более, что в США ежегодно более 15 тыс. женщин умирает от различных типов рака яичников. ■

Щадящее удаление яичников и фаллопиевых труб может сократить риск рака

Щадящая гистерэктомия может сократить риск развития рака у женщин, однако мало кто из хирургов придерживается этой методики, — пишет новостной портал «MedicalXpress», ссылаясь на журнал «Obstetrics & Gynecology».

Во время гистерэктомии в случае незлокачественных условий удаления обеих маточных труб сохранение яичников может помочь защитить организм женщины от рака яичников благодаря сохранению гормонального фона. К сожалению, редкие пациентки получают такое хирургическое лечение; эта практика может вызывать хирургическую менопаузу, что негативно сказывается на сердечно-сосудистой и костной системах, а также на познавательных процессах и сексуальном здоровье женщины.

Новые данные свидетельствуют о том, что рак яичника часто происходит из фаллопиевой трубы, а не из самих гонад. Это позволило экспертам ACOG (the American Congress of Obstetricians and Gynecologists) выступить в 2015 году с заявлением, что практика двусторонней сальпингэктомии яичников при хирургическом удалении обеих маточных труб с сохранением яичников может быть лучшим вариантом в качестве профилактики рака яичников у женщин с низким риском развития этого заболевания.

Исследователи из Йельской школы медицины (The Yale School of Medicine at Yale University, USA) под руководством Сяо Сюй (Xiao Xu) провели обследование 20 тыс. 635 взрослых женщин, перенесших гистерэктомию по поводу доброкачественных заболеваний, которые не были связаны с высоким риском развития рака яичников.

Сяо Сюй призналась: «Мы обнаружили, что среди женщин, проходивших стационарные гистерэктомии, связанные с низким риском рака яичников, в 2012 году, очень немногим была проведена щадящая двусторонняя сальпингэктомия с сохранением яичников». Статистика проведения органосохраняющей двусторонней сальпингэктомии выявила всего 5,9% счастливиц в этой группе женщин.

Сяо Сюй добавила, что процентное соотношение выполненных двусторонних сальпингэктомий с сохранением яичников в 744 больницах всей страны существенно разнится: от 0% до 72,2%.

«Значительные различия в больничной практике могут привести к дифференцированному доступу к профилактическим процедурам в зависимости от того, где пациентки получили медицинскую помощь. А это может иметь долгосрочные последствия для здоровья людей, учитывая выгоды от сохранения яичников», — добавила доктор. ■

Найден еще один ген, связанный с риском развития рака яичников

Новый ген, связанный с риском развития рака яичников, выявили британские ученые во главе с Полом Фароа (Paul Pharoah). Об открытии говорится на сайте Кембриджского университета.

Рак яичников развивается у 18 женщин из 1000, однако присутствие в геноме одной из форм гена BRIP1 увеличивает вероятность возникновения этой формы рака в три раза. Часто болезнь протекает бессимптомно, потому у многих женщин ее выявляют на поздних стадиях. Лечение опухолей этого типа затруднено, а пятилетняя выживаемость после постановки диагноза составляет лишь 45%.

Для того, чтобы прийти к таким выводам, авторы проанализировали геномы более 8 тыс. жительниц Европы – у 3 тыс. 250 из них был выявлен рак яичников, 3 тыс. 400 были здоровы, а у 2 тыс. женщин раком яичников болел кого-то из родственников.

Мутация в гене BRIP1 вызывает нарушение процесса репарации ДНК, а накопление повреждений ведет к развитию опухоли. У носительниц мутации чаще диагностировали агрессивную форму рака, нередко ее выявляли на поздних стадиях или у женщин старшего возраста.

Ученые считают, что разработка теста для обнаружения этой мутации поможет предсказать риск развития заболевания и своевременно поставить диагноз. ■

В России запущен новый проект для профилактики и ранней диагностики рака

Более полумиллиона россиян заболевают раком ежегодно, а около 280 тыс. человек умирают от онкологических заболеваний. Столь высокую смертность эксперты связывают с отсутствием в России специализированных программ скрининга рака, а также с тем, что люди практически ничего не знают о профилактике рака и ранней диагностике. Недавно запущенная информационная система SCREEN призвана бороться с этой проблемой.

Илья Фоминцев, исполнительный директор Фонда профилактики рака, объясняет, что, несмотря на уверенность многих людей в необходимости ранней диагностики рака, большинство из них не представляет, какие обследования нужно проходить и когда именно. К сожалению, не всегда знают и врачи: опрос, проведенный специалистами фонда, показал, что более 45% медиков совершают грубые ошибки при назначении методов профилактики рака.

Это связано в первую очередь с отсутствием стандартов для проведения диагностики — врачи не всегда знают и понимают, кому и когда необходимы те или иные обследования. Игорь Тюрин, главный специалист по лучевой диагностике Минздрава РФ, подчеркнул, что за последние годы оснащенность российских медучреждений значительно улучшилась, однако важно не только иметь необходимые приборы, но и уметь правильно, своевременно назначать обследования.

При проведении профилактических обследований важна и их доступность: человек, решившийся на раннюю диагностику, должен быстро и без проблем записаться на нее и пройти обследование. Игорь Тюрин отметил, что это, к сожалению, не всегда возможно.

Российские онкологи предприняли попытку справиться с этими проблемами. Они запустили информационную систему SCREEN, предназначенную для оценки риска развития онкологических заболеваний. Каждый желающий может заполнить анкету, размещенную на сайте Фонда профилактики рака, и получить индивидуальные рекомендации, касающиеся необходимых обследований.

Рекомендации основаны на результатах крупных международных исследований, а также руководствах, разработанных рядом исследовательских организаций, среди которых Всемирная организация здравоохранения, Cancer Research UK, MD Anderson CC и другие. Все они адаптированы для российских реалий — пациентам будут назначаться те обследования, которые возможно качественно пройти в нашей стране.

После заполнения анкеты система SCREEN оценивает риск развития той или иной формы рака. Сейчас с ее помощью можно определить вероятность возникновения семи наиболее распространенных типов опухолей: меланомы, рака молочной железы, шейки матки, толстой и прямой кишки, желудка, легких и предстательной железы. Система предлагает записаться на нужные обследования, либо напомнить о них позже. Полный спектр можно пройти пока лишь в Москве и Санкт-Петербурге, но разработчики планируют подключать и региональные клиники.

Во всех клиниках-партнерах пациенты получают возможность пройти качественное обследование: следить за этим будут специалисты НИИ Онкологии имени Н.Н. Петрова, которые и займутся обучением врачей. Пока к проекту подключены лишь частные клиники, однако обследования, включенные в диспансеризацию, можно будет пройти и в государственных медучреждениях — система подскажет адрес ближайшей поликлиники.

В том же случае, если у пациента выявят подозрение на то или иное онкологическое заболевание, система направит его в местные специализированные медучреждения, где можно будет пройти дополнительные обследования или полноценное лечение.

В течение ближайших лет разработчики планируют протестировать около 30 миллионов человек. Данные, которые будут получены в ходе столь массового

тестирования, помогут понять, каковы факторы риска в том или ином российском регионе. На основании этой информации будет создаваться модель популяционного скрининга. ■

Риск развития рака груди возрастает при лечении бесплодия

Проанализировав данные 43 тыс. 313 женщин в возрасте от 40 до 69 лет, делавших маммографию в 2010–2013 годах, ученые Каролинского института обнаружили, что у пациенток, лечившихся от бесплодия, выше риск развития рака груди. О находке сообщает The Times of India.

Исследователи отметили, что из 8 тыс. 963 участниц, которые не могли зачать ребенка, 1 тыс. 576 лечились с помощью контролируемой стимуляции яичников, 1 тыс. 429 проходили другую гормональную терапию, а 5 тыс. 984 никак не лечились.

При контролируемой стимуляции яичников женщины получают гормон, способствующий овуляции. После этого яйцеклетку извлекают и проводят ЭКО. Ученые сравнили плотность ткани молочной железы у женщин из разных групп. Они обнаружили, что у бесплодных пациенток абсолютная плотность ткани молочной железы оказалась выше, чем у остальных.

У бесплодных женщин, подвергавшихся контролируемой стимуляции яичников, ткань молочной железы была плотнее по сравнению с теми, кто не проходил гормональную терапию. Специалисты объясняют, что из-за нее в организме увеличиваются уровни эстрогена и прогестерона. Вследствие этого повышается и риск рака груди. ■

Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: применение комбинированных оральных контрацептивов у девочек-подростков



Мария Перова,
Шеф-редактор Дайджеста академии акушерства и гинекологии

В настоящее время одной из наиболее острых проблем в области акушерства и гинекологии является тема детской и подростковой гинекологии. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья детей и подростков – важнейшая задача для обеспечения здорового репродуктивного потенциала государства. В связи с этим, вопросы по вышеназванной проблематике регулярно обсуждаются на крупнейших форумах и научно-практических конференциях, и с каждым годом их актуальность лишь возрастает.

Большое внимание проблемам детской и подростковой гинекологии было уделено в ходе II научно-практической конференции «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья детей и подростков», состоявшейся в период с 26 по 29 апреля 2016 г. в ФГБУ НЦАГиП им.акад. В.И. Кулакова. Среди актуальных вопросов были обсуждены новые методы диагностики и лечения

невоспалительных и воспалительных заболеваний половых органов у девочек, современные аспекты профилактики и коррекции нарушений полового развития, последние возможности реконструктивно-пластических операций при пороках и травмах половых органов. Особый акцент в современной детской и подростковой гинекологии делается на диагностике и терапии девочек с доброкачественными и злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы, на проблематике профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Колоссальное внимание уделено вопросам незапланированной беременности и абортов у детей подросткового возраста.

В XXI в. возник целый ряд новых тенденций в сексуальном и репродуктивном поведении подростков, которое характеризуется более ранним вступлением юношей и девушек в сексуальные отношения (15,6 лет); приемлемостью для девушек и юношей добрачных половых отношений и сожительства; нарастанием дистанции между поведением молодежи и моральными установками предшествующих поколений; разрывом в степени либерализации полового поведения подростков в регионах с различающейся этнической характеристикой; ослаблением двойного стандарта в отношении поведения мужчин и женщин; возрастанием значения сексуального удовлетворения для стабилизации брака.

Особое значение приобретает вопрос эффективной и безопасной контрацепции у подростков. Подростковая контрацепция должна отвечать таким требованиям, как высокая эффективность, безопасность, доступность и удобство в применении. Следует учитывать и ряд таких особенностей, которыми характеризуется поведение девочек-подростков, как нерегулярная половая жизнь, нерегулярные менструации (до 25%), недостаточное сексуальное образование, страх обнаружения средств контрацепции родственниками, вероятность наличия нескольких половых партнеров.

В качестве оптимального метода постоянной гормональной контрацепции у сексуально активных подростков Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и Международная ассоциация детских и подростковых гинекологов признают комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие минимально приемлемые дозы женских половых гормонов. На сегодняшний день максимально надежными и обладающими улучшенными клинико-фармакологическими характеристиками признаны монофазные микродозированные контрацептивы с прогестагенами третьего поколения.

Помимо высокоэффективного контрацептивного действия - 99% - КОК обладают целым рядом преимуществ, благодаря которым могут быть назначены девочке-подростку. В большинстве случаев современные гормональные контрацептивы не оказывают выраженного влияния на липидный профиль, углеводный обмен, параметры гемостаза. При этом они способствуют регуляции менструального цикла, снижению риска воспалительных заболеваний органов малого таза и их последствий, снижению частоты меноррагий, дисфункциональных маточных кровотече-

ний, дисменореи, анемии, фиброзно-кистозной мастопатии, функциональных кист яичника. Также КОК эффективны при лечении подросткового акне, являющегося значительной проблемой для девочек подросткового возраста, поскольку почти каждая третья современная девушка страдает гирсутизмом и таким проявлением гиперандрогении, как повышенная сальность кожи и юношеские угри.

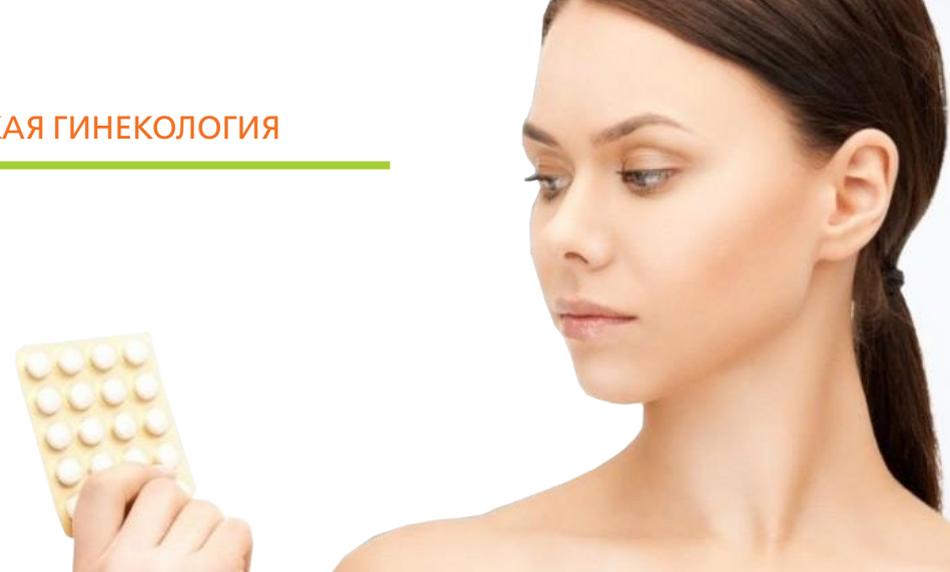
Изначально одним из базовых показаний для назначения КОК были нарушения менструального цикла. Незрелость гипофизарных структур гипоталамуса в пубертатном периоде ведет к нарушению циклического образования и выделения гонадотропинов, что, в свою очередь, нарушает процессы фолликулогенеза в яичниках и, соответственно, приводит к ановуляции. При нерегулярных ановуляторных циклах у подростков КОК начали применяться уже в 80х гг. XX в. Было установлено, что прием КОК снижает частоту нерегулярных кровотечений более чем на 30%, частоту меноррагий - на 50%. На фоне приема препаратов наблюдается регулярный менструальный цикл с длительностью кровотечений не более 2-4 дней. При этом объем кровопотери сокращается примерно на 50%, что достоверно сокращает риск железодефицитной анемии.

Такая проблема, как первичная дисменорея встречается, как правило, у молодых девушек вскоре после менархе. Известно, что прием КОК в циклическом режиме не менее 3 месяцев способствует значительному облегчению ее симптомов у 70-90% подростков. Лечение осуществляется благодаря тому, что подавление овуляции приводит к снижению уровня прогестерона, необходимого для синтеза простагландинов, наступлению ранней фазы пролиферации. КОК вызывают снижение порога возбудимости клеток гладкомышечной мускулатуры, снижают ее сократительную активность, способствуя снижению внутриматочного давления, частоты и амплитуды сокращений мышцы матки, что приводит к исчезновению или снижению выраженности симптомов дисменореи.

При этом, как отмечено в исследовании Н.В. Старцевой (2000), у подростков, страдающих дисменореей, зачастую обнаруживается эндометриоз. У девушек до 20 лет частота эндометриоза составляет 27%. В данном случае целесообразно выписывать таблетки на период применения КОК не менее 9-12 месяцев.

Как было упомянуто выше, при применении гормональных контрацептивов установлено снижение риска развития воспалительных процессов органов малого таза на 50%, что обусловлено сгущением цервикальной слизи и уменьшением количества менструальной крови. Густая цервикальная слизь препятствует попаданию бактерий в полость матки, а истонченный эндометрий не создает благоприятной для роста бактерий среды. Снижение количества крови, выделяемой при менструации в период применения КОК, также препятствует размножению бактерий и их продвижению по направлению к фаллопиевым трубам.

Важно отметить, что прогестагены последнего поколения отличаются высокой степенью безопасности в отношении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, благодаря чему могут быть назначены юным женщинам с пороками



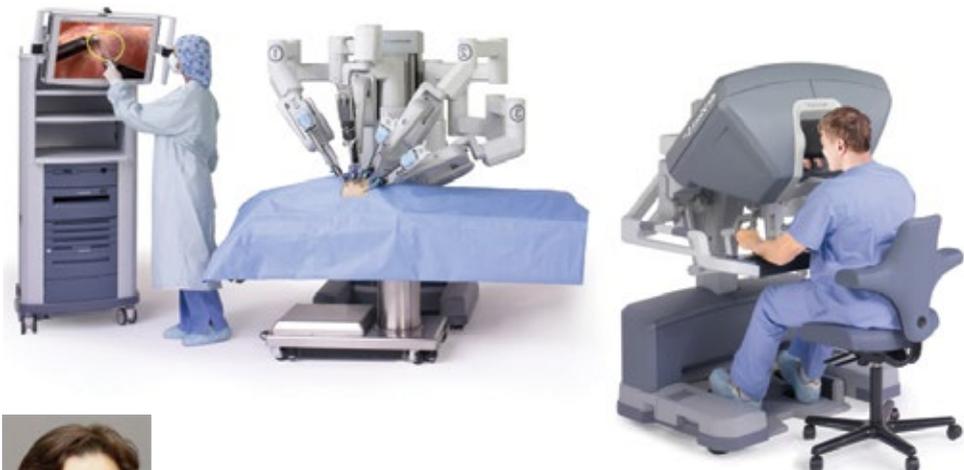
сердца и перенесшим операции на сосудах и сердце, больным сахарным диабетом, варикозным расширением вен и тромбофлебитом. Кроме того, у женщин, принимающих КОК, отмечается более низкая частота доброкачественных заболеваний молочных желез, нежели у тех, кто не использует гормональную контрацепцию.

Между тем, выделяя преимущества КОК, назначаемых подросткам в лечебных и контрацептивных целях, необходимо отметить группу противопоказаний к их применению. Использование КОК противопоказано беременным (во избежание риска развития врожденных пороков ЦНС у плода или самопроизвольного выкидыша) и кормящим грудью женщинам в сроки до 6 недель после родов. Противопоказанием является наличие любой тяжелой соматической патологии в стадии суб- и декомпенсации, сахарного диабета с выраженными сосудистыми осложнениями, мигрени с очаговой неврологической симптоматикой, острого вирусного гепатита, заболеваний клапанов сердца с осложненным течением, тромбоз глубоких вен, тромбоз эмболии ветвей легочной артерии, декомпенсированный цирроз и опухоли печени, инфаркт, инсульт в настоящее время и в анамнезе, длительная иммобилизация после хирургических операций.

Тем не менее, широкое клиническое действие КОК определяет их как оптимальное средство для защиты от нежелательной беременности у сексуально активных подростков. Вместе с тем, «золотое правило» акушерства и гинекологии гласит о том, что любой вид контрацепции лучше любого вида аборта. Если же такого показания не избежать, следует делать выбор в пользу медикаментозного аборта.

Таким образом, для решения одной из наиболее актуальных задач в области детской и подростковой гинекологии по профилактике нежелательной беременности и абортотерапии применяются комбинированные оральные контрацептивы, спектр действия которых выходит за рамки противозачаточного средства. Это эффективный метод лечения ряда заболеваний и патологий, распространенных в рассматриваемой возрастной группе: аменореи, дисменореи, эндометриоза, дисфункциональных маточных кровотечений, железодефицитной анемии, функциональных кист яичника, подростковой гиперандрогении. ■

Роботассистированные операции в гинекологии: опыт, квоты, обучение



Материал подготовила
В.А. Шадеркина,
главный редактор
Дайджеста Академии акушерства и гинекологии

Роботическая хирургия за последние два десятка лет активно набирает обороты во всем мире, включая Россию. Но, если в мире установлены более 3500 установок Da Vinci, то в Российской Федерации – всего лишь 25. Приобретение системы несколько замедлилось в последнее время из-за кризиса, но желание врачей оперировать на самом современном оборудовании и желание пациентов получить самое высококвалифицированное лечение, мы надеемся, позволят преодолеть все экономические трудности.



О личном опыте роботассистированных операций, этапах обучения и перспективах мы поговорили с **Краснопеевой Юлией Владимировной** – к.м.н, врачом акушером-гинекологом высшей категории, руководителем Центра здоровья женщины в Медицинском центре ДВФУ (г. Владивосток).

В настоящее время в России наблюдается настоящий бум развития роботической хирургии в разных областях медицины. Как обстоит дело в Приморском крае?

В Приморье имеется только одна роботическая установка Da Vinci - в нашем центре, которая была установлена в 2013 году. С этого времени в МЦ проведено 160 операций по всем специальностям. Больше всех оперируют урологи, это и понятно, т.к. робототехника оптимально подходит для одной из сложнейших операций – радикальной простатэктомии, кроме того хирурги с большим успехом выполняют операции на брюшной полости и грудной клетке.

Нами проведено порядка 40 гинекологических роботических операций по поводу опухолей гениталий, миомы матки, несостоятельности мышц тазового дна. К сожалению, количество вмешательств ограничено выделяемым объемом квот.

Сколько гинекологов в Приморском крае владеют методикой оперативного лечения пациенток с помощью робот-ассистированной системы Da Vinci?

Всего два врача гинеколога владеют технологией выполнения роботических операций. Для работы с данным оборудованием необходимо специальное обучение и наличие сертификата.

В РФ установлено 25 хирургических систем da Vinci в следующих городах: Москва (14), Санкт-Петербург (3), Краснодар (2), Ростов-на-Дону (1) Ханты-Мансийск (1), Тюмень (1), Екатеринбург (1), Новосибирск (1), Владивосток (1).

На системах da Vinci в области гинекологии оперируют в:

- Москва (МОНИИАГ, МНХЦ имени Пирогова, Первый МГМУ им.И.М. Сеченова)
- Санкт-Петербург (СПб ГБУЗ «Городская больница №40», ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова»)
- г. Ростов-на-Дону (КДЦ «Здоровье»)
- Владивосток (Медицинский Центр Дальневосточного Федерального университета)
- Краснодар (ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»)
- Екатеринбург (Свердловская областная клиническая больница №1)

Все ли пациентки могут попасть на роботическую операцию? Они выполняются по квотам или платно? Есть ли сложности с финансированием?

Наш центр получает квоты на оказание высокотехнологичной помощи, в которые входят и робот-ассистированные операции. Пациенты, которым выделены квоты, могут попасть на роботическую операцию, но к сожалению, с каждым годом количество квот на данную дорогостоящую технологию уменьшается. В данном году по квотам мы можем провести только десяток таких операций. Если пациент хочет, чтобы его оперировали на роботе, а квоты уже исчерпаны, тогда он может получить данную помощь на платной основе.

В год выполняется около 200-т робот-ассистированных гинекологических операций, это составляет 15% от всех операций на хирургической системе Da Vinci в РФ.

Как Вы считаете, есть ли преимущества роботических операций в гинекологии по сравнению с лапароскопическими вмешательствами?

Главными преимуществами являются прецизионность данных вмешательств. Руки робота с семью степенями свободы, копируют движения хирурга и воспроизводят их в большем объеме, недоступном человеческой руке. Благодаря трехмерному изображению создается ощущение, что ты находишься непосредственно в зоне операции, видно каждый структурный элемент в большем увеличении чем при лапароскопии, что позволяет провести более бережные и точные разрезы, выделения образований и ушивание тканей. Кроме того, видеокамера и инструменты удерживаются роботом на весу в стабильном положении, без травмы окружающих тканей больного. Робот обладает системой подавления тремора рук хирурга. Для хирурга очень трудоемкие и объемные операции становятся намного легче и проще, что позволяет избегать ошибок в связи с усталостью врача.

Впервые гистерэктомия была выполнена при помощи роботизированной системы Da Vinci в США в 2005 г., в России – в 2008 году.

Где можно научиться оперировать на роботе гинекологу? Что для этого нужно? Обязательно ли ехать за рубеж?

Обучение роботической хирургии имеет многоступенчатую программу. Первый этап – непосредственно тренинг по устройству роботической системы, обучение роботической технике проведения операций на симуляционных аппаратах и проведение операций на животных, в частности на минипигах. Затем на рабочем месте совместно с преподавателем – опытным врачом, владеющим данной техникой, проводится несколько операций самими обучающимися. И как закрепляющий этап

мирового уровня – участие в работе роботического конгресса. Первый этап обучения проводился на момент нашего обучения только за рубежом (2013 г.).

Как Вы считаете, сколько операций нужно выполнить для того, чтобы чувствовать себя спокойно при выполнении этого вида вмешательств?

Если хирург хорошо владеет лапароскопической техникой, то сложности в роботических операциях после обучения такого у него не будет, т.к. многие этапы лапароскопической и роботической операций одинаковые или аналогичные, а работа непосредственно за консолью робота даже облегчает труд хирурга по сравнению с такой же лапароскопической операцией. Если врач не владеет лапароскопической техникой, то нужно провести, наверное, несколько десятков операций на роботе, чтобы освоить данный метод.

А вообще, чтобы быть профессионалом, то конечно нужно выполнить не менее 100 манипуляций, в которых ты хочешь быть профи.

Планируете ли Вы расширять объем состояний, при которых можно выполнить вмешательство на роботе?

Конечно, данная технология, как я уже упоминала, оптимальна для трудоемких, сложных операций, требующих высокой точности. Я думаю, что в гинекологии – это промонтофиксации при несостоятельности мышц тазового дна, а в онкогинекологии – это расширенные экстирпации с лимфаденэктомией.

Спасибо за интервью!

Как стать роботическим хирургом-гинекологом?

Программа обучения на работе Da Vinci составлена и рекомендована компанией-производителем оборудования Intuitive Surgical Inc. (США).

Обучение проводится только в аккредитованных производителем медицинских центрах, имеющих все необходимые лицензии и разрешения.

Стоимость обучения 1-ой бригады в 3 этапа составляет 42800 USD (в состав одной группы входят 2 человека: хирург и ассистент).

• Первый этап «Доклиническое» обучение («Pre – Clinic») проводится в международных центрах производителя. «Доклиническое» обучение проходит в одном из сертифицированных производителем Intuitive Surgical Inc. центров:

1. IRCAD - Франция, Страсбург (Направления: Урология, Гинекология, Общая хирургия);
2. ORSI - Бельгия, Гент (Направления: Урология, Гинекология, Общая хирургия);
3. EEC - Франция, Париж, Европейская школа хирургии (Направления: для торакальных и кардиохирургов)

Стоимость: 16 000 \$

Данный этап рассчитан на 2 дня

- Второй этап обучения «Прокторинг» («Proctoring») проходит под руководством опытного проктора (сертифицированного производителем хирурга, имеющего опыт не менее 200 операций с использованием комплекса da Vinci) в ЛПУ, куда была осуществлена поставка оборудования. Под присмотром наставника бригада хирургов конкретного ЛПУ, проходящего обучение, самостоятельно выполняют ряд робот-ассистированных операций.

Стоимость: 14 000 \$

Данный этап рассчитан на 3 дня

- Третий этап «Клиническое обучение» («Clinic») - направлен на повышение квалификации и навыков обучающейся бригады в европейской клинике (наблюдение во время операции), после самостоятельного выполнения бригадой центра не менее 20-ти робот-ассистированных операций.

Стоимость: 16 000 \$

Данный этап рассчитан на 2 дня

Каждый из этапов обучения согласовываются и утверждаются компанией-производителем комплексов da Vinci. Прохождение второго и третьего этапов обучения зависят от объема проведенных операций и времени усвоения практических навыков, приобретенных на этапе «Pre – Clinic».

Необходимо обратить внимание, что специалисты, прошедшие все этапы обучения на системе da Vinci, имеют богатый опыт в разнообразных методах хирургии и совершенствуют свой навык всю жизнь. Временных оценок обучения нет.

Обучение идет в ежедневном режиме.

В Российской Федерации обучение можно пройти:

- МНХЦ имени Пирогова (Москва)
- ГКБ имени Боткина (Москва)
- ГКБ имени Спасокукоцкого (Москва)
- НИИ патологии кровообращения Мешалкина (Новосибирск)
- МОНИИАГ (Москва)
- КБ Сестрорецк (Санкт-Петербург)
- СЗФМИЦ им. Алмазова (Санкт-Петербург). ■

Редакция Дайджеста Академии акушерства и гинекологии выражает благодарность компании «Медицинские партнеры» за предоставленный статистический материал

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Calistar
ONE POINT POP SYSTEM

Система одного разреза для лечения пролапса тазовых органов.



Nazca
POP Repair System

Система восстановления при опущении тазовых органов.



Ophira®
Transvaginal System

Петля одного разреза для лечения стрессового недержания мочи.



Unitape

Субуретральный полипропиленовый слинг для лечения СНМ.



Opsys
SYSTEME DE STABILISATION

Объемообразующий гель для лечения СНМ.



www.mpamed.ru
 www.promedon.ru

Современные методы коррекции тазового дна



Дмитрий Геннадьевич Арутин,
Заведующий отделением гинекологии ГКБ №29, врач акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук



Ольга Юрьевна Малинина,
уролог, урогинеколог, кандидат медицинских наук

В последнее время неуклонно растет частота опущений половых органов у женщин репродуктивного возраста, которые развиваются через несколько месяцев после родов. До 50% всех женщин, рожавших в срок, отмечают опущение половых органов различной степени выраженности, а в возрастной группе старше 50 лет данная патология встречается в 57-78% наблюдений¹.

Причины развития пролапса тазовых органов

Прогрессирующее течение сопровождается развитием структурно-функциональных нарушений смежных органов, в результате чего формируется целый симптомокомплекс анатомических и функциональных тазовых расстройств², таких как: несостоятельность мышц тазового дна, цистоцеле, энтероцеле, неполное и полное выпадение матки, ректоцеле. Задний тазовый пролапс является полиэтиологичным заболеванием, при котором развивается дистрофия и/или атрофия ректовагинальной перегородки, с формированием дефектов мышц тазового дна.

Развитие тазового пролапса обусловлено множеством причин:

- несостоятельностью связочного аппарата матки и тазового дна, возникающей в результате травм в процессе естественных родов, особенно у женщин, рожавших 2 и более раз;

- осложнениями в процессе родов, применением акушерских щипцов, а также тогда, когда во время родовой деятельности возникали большие и плохо заживавшие разрывы;
- повышенным внутриутробным давлением плода;
- тяжелым физическим трудом, поднятием тяжестей, хроническим кашлем, постоянными запорами, ожирением;
- эстрогенной недостаточностью и возрастными изменениями мышечной и соединительной ткани;
- наследственностью и врожденной дисплазией соединительной ткани;
- генетически детерминированной дисплазией соединительной ткани, на которую указывает сочетание пролапса гениталий с варикозом, спланхноптозом и грыжами другой локализации.

В настоящее время урогинекологи используют классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Использование классификации POP-Q позволяет более точно оценить степень пролапса гениталий, делает процесс клинической диагностики более объективным. Эта классификация сложна в обучении, однако обладает рядом преимуществ:

- Воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности).
- Положение пациентки практически не влияет на стадирование пролапса.
- Точная количественная оценка многих определённых анатомических ориентиров (а не только определение самой выпадающей точки).

Следует отметить, что под пролапсом подразумевают выпадение стенки влагалища, а не смежных органов (мочевой пузырь, прямая кишка).

На рис. 1 представлено схематическое изображение всех девяти точек, использующихся в этой классификации, в сагиттальной проекции женского таза при отсутствии пролапса. Измерения проводят сантиметровой линейкой, маточным зондом или корнцангом с сантиметровой шкалой в положении пациентки лёжа на спине.

Упрощённая схема классификации POP-Q:

- Стадия 0 — нет пролапса.

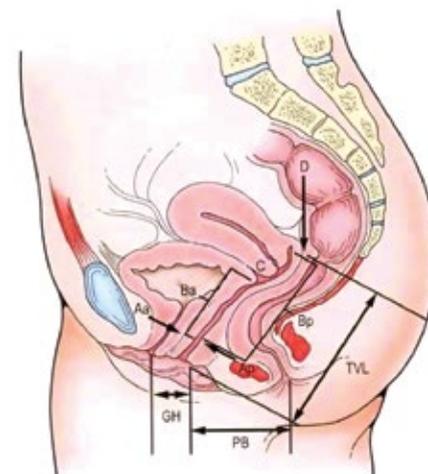


Рис. 1
Схематическое изображение девяти точек, использующихся в классификации POP-Q.

- Стадия I — наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см (значение >-1 см).
- Стадия II — наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена.
- Стадия III — наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.
- Стадия IV — полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Методы коррекции

При начальных стадиях тазового пролапса и ранней симптоматики (зияние половой щели, дискомфорт при половой жизни, снижение сексуальной удовлетворенности, увеличение частоты инфекционных поражений вульвы, деформация промежности), а также с профилактической целью, на сегодняшний день, все большей популярностью пользуются как консервативные (упражнения Кегеля, рефлексотерапия, физиотерапия, влагалищные пессарии, ЗГТ), так и миниинвазивные хирургические методики.

Методика миниинвазивной перинеопластики основана на анатомо-физиологических особенностях промежности при опущениях и выпадениях половых органов и направлена на укрепление мышц поверхностного и среднего слоев промежности, при этом не исключается восстановление глубоких мышц промежности (*m. levator ani*).

В качестве монометода это вмешательство выполняется при начальных стадиях (по классификации POP-Q стадии 0 и 1). При данной технике накладывается ромбовидный шов, форма которого обусловлена следующими обстоятельствами: во-первых, мышцы среднего и поверхностного слоев тазового дна парные; во-вторых - при несостоятельности тазового дна наиболее существенно страдает сухожильный центр; в-третьих - при разрывах промежности центральные концы парных мышц сокращаются и расходятся по направлению к седалищным буграм.

Преимущества миниинвазивной перинеопластики ромбовидным швом с использованием монофиламентной нити Long Lift:

- Основана на механизмах интегральной теории нарушений тазового дна;
- Эстетическое и функциональное улучшение (рис. 2);
- Профилактика пролапса гениталий;
- Не требует в последующем родоразрешения путем операции кесарева сечения;
- Миниинвазивная технология;
- Возможна местная анестезия;

- Быстрый восстановительный период;
- Срок рассасывания нити от 180 до 210 дней;
- Нить создает фиброзную реакцию, которая приводит к образованию направленного соединительнотканного каркаса промежности, который кроме механической опоры обеспечивает, так называемый, «вторичный вектор тяги», остающийся даже после полного рассасывания нити.

• Эффект фиброза остается до 3 лет. Неудовлетворительные результаты, которые могут наблюдаться у пациентов:

- Гематомы
- Нагноение области шва (при миграции нити и неправильной технике операции – поверхностное наложение шва)
- Болевой синдром
- Проведение нити через стенку прямой кишки.
- Субъективное отсутствие ожидаемого результата.

Данная методика достаточно новая (3-4 года), поэтому об отдаленных результатах говорить рано, но на сегодняшний день ведется статистический сбор данных и наблюдение.



Рис. 2
Эстетические результаты.
Вид промежности до и после операции.

Заключение

Миниинвазивные методы коррекции тазового пролапса на сегодняшний день наиболее экономически целесообразны. Они могут выполняться с целью профилактики пролапса гениталий, что не исключает в дальнейшем самостоятельное родоразрешение, более длительный эффект по сравнению с консервативными методиками и не требует длительной реабилитации. ■

1. Беженарь В.Ф. Методы хирургического лечения ректоцеле у женщин при опущении и выпадении внутренних половых органов // Журн. акушерства и женских болезней. – 2009. – Т.LVIII, вып.2. – С.16–21. Chi Chiung Pelvic organ prolapse: clinical diagnosis and presentation / C. Chiung, G. Chen, M.D. Walters // Female urology. – 3rd ed. – 2008. – P.556–563.)

2. Радзинский В.Е. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2006. – 336 с.

Рак молочной железы и мастопатия: о важности раннего выявления

Рак молочной железы (РМЖ) остаётся наиболее распространённым онкологическим заболеванием у женщин по всему миру: к примеру, в 2012 году диагностировано 1,7 млн случаев заболевания — это четвертая часть от всего объёма злокачественных заболеваний у женщин и 12% от всех диагностированных в мире новых эпизодов онкологических болезней за год. При этом, несмотря на улучшение картины в отдельных странах, сохраняется общемировая тенденция к росту заболеваемости. В России ситуация отягощается нежеланием женщин регулярно проходить профилактические осмотры и недостаточным уровнем онкологической настороженности врачей.

Что касается данных по отдельным регионам, только на территории США одна из восьми женщин (около 12% населения) в течение жизни получает диагноз «рак молочной железы». В течение 2016 года ожидается выявление 246 660 новых случаев инвазивной формы заболевания, наряду с 61 000 случаями неинвазивной, и это только у женщин. Ещё 2 600 эпизодов ожидается у мужчин, однако стоит учитывать, что у них риск развития болезни в течение жизни составляет примерно 1 к 1000. Несмотря на то, что в последние 15 лет распространённость рака молочной железы в США снижается — после двух десятилетий устойчивого роста — это всё ещё самая частая, после рака лёгких, причина онкологической смерти женщин. При этом чаще диагностируется у американских пациенток только рак кожных покровов.

В Великобритании рак молочной железы, несмотря на малую распространённость его у мужчин (соотношение риска между полами 155:1), с 1997 года остаётся самым часто выявляемым онкологическим заболеванием. Более 30% от всех случаев диагностируемого рака приходится на его долю.

Среди стран Евросоюза первое место по заболеваемости РМЖ занимает Бельгия (111,9 на 100000 населения), но там же показатель выживаемости с этой болезнью наиболее высок. Следом идут Дания (105 на 100000) и Франция (104,5).

В России в 2013 году заболеваемость раком молочной железы составила 320 на 100000 человек населения. Ежегодно этот диагноз получает порядка 54000 россиянок (это около 19% от всех онкологических заболеваний, диагностируемых у женщин).



При этом только около 30% жительниц страны посещает маммолога раз в год для прохождения профилактического осмотра, а 40% доходят до врача гораздо реже.

Статистически среди пациенток до 45 лет наиболее подвержены риску смерти от рака груди афро-американки. У латиноамериканок и представительниц азиатской части населения этот риск, напротив, снижен. Однако вероятность развития болезни удваивается в случае, если среди близких родственниц уже были случаи выявления рака молочной железы. Несмотря на это, в около 85% случаев заболевание диагностируется у женщин без семейной истории РМЖ. Этот факт связывают с генетическими изменениями, происходящими в процессе старения и в силу негативных факторов воздействия окружающей среды. Только 5–10% случаев развития рака груди связывают с генетическими мутациями, унаследованными от одного из родителей. Чаще всего это связано с мутацией генов BRCA1 (риск заболевания возрастает на 55–65%) и BRCA2 (приблизительно 45%). Также изменения в этих генах связывают с повышенной вероятностью развития рака яичников. В целом наиболее распространёнными факторами развития РМЖ остаются старение и принадлежность к женскому полу как таковая. Дополнительный риск онкологической заболеваемости влекут за собой наличие избыточной массы тела, малоподвижный образ жизни и употребление алкоголя.

Кроме того, крайне важно знать, что в десятки раз вероятность возникновения рака груди повышает наличие мастопатии. При этом, как отмечают сегодня российские спе-

циалисты, лечению доброкачественных заболеваний молочных желёз в современной медицине уделяется незаслуженно мало внимания. Более того, часто симптомы мастопатии могут быть приравнены к норме именно из-за их частой распространённости: заболевание обнаруживается у 60%–80% женщин в популяции, при этом до 90% маммологического потока обеспечивают пациентки репродуктивного возраста с историей гинекологических заболеваний. Пик заболеваемости сегодня приходится на 30–45 лет.

Клиническими рекомендациями Российского общества онкомаммологов выделяется целый ряд факторов риска развития мастопатии, многие из которых тесно связаны с поведенческими характеристиками и воздействием окружающей среды:

- 1) Гинекологические заболевания (воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения менструального цикла, миома матки, опухоли яичников и другие);
- 2) Репродуктивный анамнез (малое количество или отсутствие родов, аборт, отсутствие лактации и т.д.);
- 3) Факторы сексуального характера (позднее начало половой жизни или её отсутствие, пониженное либидо, сексуальный дискомфорт и другие);
- 4) Гиперпролактинемия (повышенное содержание пролактина в крови);
- 5) Повседневные стрессовые ситуации;
- 6) Эндокринные нарушения;
- 7) Поражения печени;
- 8) Генетическая предрасположенность.

Как видно из этого списка, мастопатия обладает многофакторной этиологией, проще говоря: при обилии причин её развития от болезни не застрахован практически никто среди женщин, особенно репродуктивного возраста. На практике понимание факторов риска крайне важно для организации мероприятий по выявлению и профилактике болезни. С учётом того, что до 85% пациенток, страдающих мастопатией, имеют те или иные гинекологические отклонения, для комплексного рассмотрения проблемы необходимо тесное сотрудничество маммологов, гинекологов, онкологов и хирургов. В первую очередь, это означает сохранение онкологической настороженности врачами всех сопряжённых специальностей.

На сегодня убедительно доказана связь с раком груди одного из основных симптомов мастопатии — боли в молочной железе (масталгии). Десятилетнее исследование, проведённое в британском Эдинбурге, выявило, что из 8504 участвовавших женщин с жалобой на боли в груди у 4,6% был диагностирован РМЖ. Широко известно и ранее проведённое французское исследование, показавшее, что циклическая масталгия продолжительностью от 1 до 36 месяцев способна повышать риск развития рака груди в 2,9 раз, а от 37 месяцев — в 5,3 раза.

Что касается корреляции самой мастопатии и рака груди, опираясь на данные исследований 2007 года можно утверждать, что риск развития рака возрастает в 4–37 раз при фиброзно-кистозной форме мастопатии и 30–40 раз — при узловой.

Таким образом, мастопатию можно однозначно характеризовать как предракоевое заболевание, требующее соответствующего серьёзного отношения. Основные элементы раннего выявления и профилактики на сегодня — организация масштабных скрининговых мероприятий, формирование онкологической настороженности у врачей и осознания необходимости регулярных осмотров — у пациенток. В последние несколько лет ситуация по последнему пункту медленно улучшается: по данным противоракового общества России, количество женщин, проходящих профилактические осмотры, выросло с 32% до 40% за два года — с 2009 по 2011, соответственно, однако этого по-прежнему недостаточно для того, чтобы эффективно бороться с проблемой РМЖ на территории страны. Важно помнить, что на сегодня единственным доказанным методом борьбы против рака груди является превентивная диагностика с учётом всего комплекса факторов риска, включая наличие мастопатии. ■

*Материал подготовлен
спец. корр. Дайджеста Академии акушерства и гинекологии
Ю.Г. Болдыревой*

Немецкой компанией Бионорика SE уделяется большое внимание информированию как врачей акушеров-гинекологов, так и женской части населения России о проблеме мастопатии и рака молочной железы. Компанией совместно с Междисциплинарной ассоциацией специалистов репродуктивной медицины (МАРС) и Российской Ассоциацией маммологов начат проект «Греби на скрининг», который содержит правила маммологического скрининга.

Применение средств растительного происхождения в медицине лежит у истоков всей современной фармакологии. Лекарственные травы воздействуют не только на молочную железу, но и на весь организм в целом (10).

В рамках профилактики и лечения заболеваний молочной железы отдельно следует отметить Витекс священный, экстракты которого доказали эффективность в рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследованиях и входят растительный лекарственный препарат Мастодион.

Основным компонентом препарата является Vitex Agnus Castus (Витекс священный или Авраамово дерево). Также в состав входят стеблелист василистниковидный, цикламен европейский, чилибуха игнация, ирис разноцветный и лилия тигровая.

Показаниями к применению Мастодиона являются проявления предменструального синдрома (мастодиния, напряжённость молочных желез, психическая лабильность, запор, отёки, головная боль/мигрень), фиброзно-кистозная мастопатия и нарушения менструального цикла и/или бесплодия, вызванных недостаточностью жёлтого тела.

Ведущим механизмом является дофаминергическое действие, благодаря которому препарат нормализует повышенный уровень пролактина и способствует устранению дисбаланса половых гормонов [1, 2, 3]. Дополнительное положительное влияние оказывают доказанные в клинических исследованиях антиоксидантные эффекты препарата [4], а также подтвержденная *in vitro* способность Витекса священного взаимодействовать с опиоидными рецепторами [5, 6].

Результаты рандомизированных, двойных слепых плацебо-контролируемых исследований подтвердили высокую эффективность Мастодиона в уменьшении масталгии/мастодинии [3], в том числе на фоне приема КОК [8]. Препарат значительно улучшает самочувствие пациенток с предменструальным синдромом [7] и нормализует маммографическую картину при фиброзно-кистозной мастопатии [9].

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к компонентам препарата, период беременности и грудного вскармливания.

Способ применения и дозы:

Принимать внутрь по 1-й таблетке 2 раза в день, с небольшим количеством жидкости.

Мастодион® должен приниматься не менее 3 месяцев, в том числе во время менструации. Улучшение обычно наступает через 6 недель. ■

Список литературы

1. Kilicdag E.B., Tarim E., Bagis T., Erkanli S., Aslan E., Ozsahin K., Kuscu E. Fructus agni casti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004, 85(3):292-3.
2. Halaska M., Beles P., Gorkow C., Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: result of a placebo-controlled double-blind study // *The Breast.* – 1999. – Vol. 8. – P. 175-181.
3. Wuttke W. et al. Treatment of cyclical mastalgia with a medicinal product containing Agnus Castus. *Geburtsh u Frauenheilk* 57. 1997. P. 569-574
4. Сутурина Л.В., Попова Л. Н. Динамика клинических симптомов и коррекция антиоксидантной недостаточности у женщин с диффузной мастопатией при использовании препарата Мастодион. «Акушерство и гинекология», №8/1, 2012. 56-59
5. Webster D.E., He Y., Chen S.N., Pauli G.F., Farnsworth N.R., Wang Z.J. Opioidergic mechanisms underlying the actions of Vitex agnus-castus L. *Biochem Pharmacol.* 2011;81(1):170-
6. 17th International Congress Phytopharm 2013: Vienna, July 8-10, 2013: receptor Targeting Activities for Vitex Agnus Castus Dry Extract (BNO 1095) as active component of Agnucaston
7. Прилепская В.Н., Ледина А.В., Тагиева А.В., Ревазова Ф.С. Лечение предменструального синдрома препаратом на основе сухого экстракта авраамова дерева. *Проблемы репродукции*, 2007, №2, с. 28-34
8. Ледина А.В., Прилепская В.Н. Мастодион в лечении масталгии, возникшей при приеме комбинированных пероральных контрацептивов, *Акушерство и Гинекология* 7-1, Москва, 2011, стр.63-68
9. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Оценка эффективности фитотерапии мастодионом и гелариумом у больных с диффузными формами мастопатии. *Опухоли женской репродуктивной системы.* 2008. № 4. С. 1–2.
10. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни, Москва, 2010. С.236-238.)



Мастопатия? ПМС?

Растительный негормональный препарат

Мастодион®



Рег. уд. П № 014026/01; П № 014026/02

- ✓ Способствует нормализации гормонального фона
- ✓ Устраняет боли в молочных железах
- ✓ Улучшает самочувствие в период «критических дней»

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru
www.mastopatiaforum.ru



РЕКЛАМА

Мониторинг состояния плода в родах: кардиотокография и автоматический анализ сегмента ST ЭКГ



Ольга Вадимовна Еремина,
ФГБУ Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. академика
В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

В последние годы в современном акушерстве вопрос интранатального мониторинга состояния плода, особенно в случаях патологической кардиотокограммы (КТГ), считается весьма актуальным.

Несмотря на широкое использование этого метода с 1960-х гг. и связанное с этим увеличение частоты кесарева сечения, производимого в связи с гипоксией плода, перинатальная смертность не уменьшилась. Это связывают с недостаточно точной интерпретацией результатов кардиотокографии, что определяет гипердиагностику гипоксии плода и способствует неправильному выбору тактики.

КТГ сегодня

В настоящее время в разных клиниках анализ КТГ проводится, основываясь на собственной практике, и несоответствие результатов наблюдается в 37-74%. Постоянный визуальный анализ кардиотокограммы, а также автоматический расчет с помощью специальных программ не снизили частоту асфиксии в родах и детского церебрального паралича (ДЦП). Усовершенствование анализа КТГ в течение родов, дополнение его данными электрокардиографии и измерениями параметров кровотока плода может способствовать повышению точности диагностики дистресса плода и оптимизировать тактику ведения родов.

ST-анализ в родах

Для улучшения фетального мониторинга и диагностики гипоксии плода в течение родов в Швеции был разработан прибор, принцип работы которого основан на регистрации подъема сегмента ST и изменений T-волны электрокардиограммы плода (ЭКГ) как маркеров дистресса плода.

Форма сегмента ST позволяет судить о состоянии сердечной мышцы плода в течение родов. При начинающемся дефиците кислорода происходит выброс катехоламинов в кровь плода, вследствие этого происходит подъем сегмента ST и волны T, а также увеличение соотношения T/QRS, отображаемое на приборе, как ST-event (ивент, событие) (рис. 1).

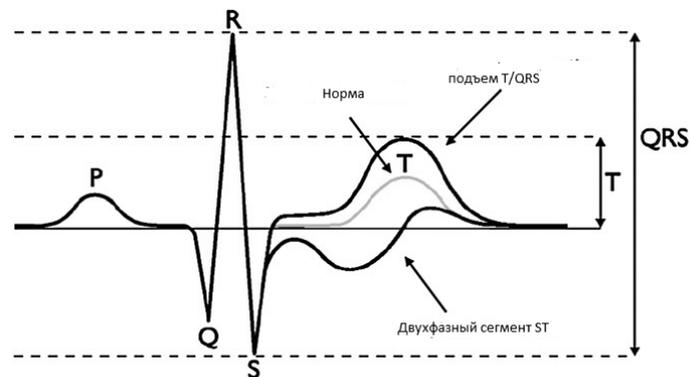


Рис. 1
Нормальный сегмент ST и изменения на ЭКГ, вызванные дефицитом кислорода и ишемией миокарда

Анализатор сегмента ST – STAN – включает в себя спиральный электрод, устанавливаемый подкожно на подлежащую часть плода и регистрирующий прямую ЭКГ и кардиотокограф. Регистрация ЭКГ и КТГ осуществляется параллельно. При этом программа обеспечивает автоматический анализ электрокардиографической кривой.

С помощью данной системы производят непрерывный мониторинг состояния плода в течение родов. Все изменения в сегменте ST автоматически фиксируются на графике. Базальная линия соотношения T/QRS, форма сегмента и его значения рассчитываются ежеминутно (рис.2)



Рис. 2

Пример комбинированного использования ЭКГ и КТГ плода в течение родов: верхний график представляет сердцебиение плода, в середине – данные токограммы и крестики внизу графика соответствуют соотношению T/QRS и анализу сегмента ST.

О необходимости вмешательства (определение возможной причины нарушения сердечного ритма плода, мероприятия по восстановлению или экстренное родоразрешение) осуществляются в зависимости от характеристики кардиотокографической кривой (нормальная, сомнительная, патологическая или претерминальная) и изменений в состоянии ST-сегмента электрокардиографической кривой.

Российский опыт

В 2011-2013 гг в ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) им. В.И.Кулакова был проведен проспективный анализ течения беременности и родов 215 пациенток, которым в родах проводили фетальный мониторинг с помощью комбинированной оценки кардиотокографии и автоматического анализа сегмента ST при прямой электрокардиографии. В зависимости от показателя КТГ были выделены 3 группы. 1 группа – нормальная кривая (n = 138); 2 группа – сомнительная (n=42); 3 группа – патологическая (n=35). КТГ классифицировали согласно критериям FIGO (Международная Федерация Акушерства и Гинекологии) как рекомендовано в инструкции данного прибора (табл.1)

Табл.1 Классификация кардиотокографии (FIGO)

Нормальная КТГ	ЧСС 110-150 уд в мин	Вариабельность 5-25 уд в мин Акцелерации	Ранние децелерации Неосложненные вариабельные децелерации <60сек и <60 уд в мин
Сомнительная КТГ	ЧСС 100-110 уд в мин 150-170 уд в мин Короткие эпизоды брадикардии	Вариабельность 25 уд в мин без акцелераций; < 5 уд в мин > 40 мин	Неосложненные вариабельные децелерации <60сек и >60 уд в мин
Патологическая КТГ	ЧСС 150-170 уд в мин и сниженная вариабельность; ЧСС > 170 уд в мин Персистирующая брадикардия	Вариабельность < 5уд в мин > 60мин Синусоидальный ритм	Осложненные вариабельные децелерации длительно >60 сек Повторяющиеся поздние децелерации
Претерминальная КТГ	Полное отсутствие вариабельности (<2 уд/мин) и реактивности, наличие или отсутствие децелераций или брадикардия плода		

Комбинация нескольких сомнительных признаков расценивается как патологическая кривая.

Критериями включения в исследование являлись:

- Одноплодная беременность
- Головное предлежание плода
- Срок гестации более 36 недель, но менее 41,5 недель
- Раннее или преждевременное излитие околоплодных вод
- Открытие шейки матки 2 см и более
- Информированное согласие матери на осуществление прямой ЭКГ плода в родах

Критериями исключения в исследование являлись:

- Срок гестации менее 36 и более 42 недель
- Многоплодная беременность
- Тазовое предлежание
- Тяжелая экстрагенитальная патология матери
- Хроническая гипоксия плода, диагностированная антенатально
- Хориоамнионит или подозрение на внутриутробное инфицирование плода

Возраст пациенток составил 18-45 лет. Для оценки состояния здоровья пациенток исследователями тщательно изучался соматический и гинекологический анамнез и статус, уделялось внимание перенесенным заболеваниям и оперативным вмешательствам в различные периоды жизни. Оценивался репродуктивный анамнез: течение и исходы предыдущих беременностей. Отдельное внимание уделяли течению данной беременности, результатам проведения ультразвуковых исследований, учитывали антенатальные показатели доплерометрии и кардиотокографии.

В родах пациентке до излития вод проводили КТГ, после излития вод - осуществляли установку спирального электрода на головку плода. Электрод устанавливали строго до применения утеротоников и эпидуральной анальгезии для более точного анализа сегмента ST. Также в родах осуществляли ультразвуковое исследование (УЗИ) плода. При этом оценивали вес плода, его вид, позицию, количество околоплодных вод. Оценивали показатели доплерометрии маточных артерий, артерии пуповины и при возможности средней мозговой артерии плода.

При анализе результатов количество ST-событий, степень изменений положения сегмента ST прямой ЭКГ плода сопоставляли с данными КТГ.

В исходе родов анализировали метод родоразрешения, при наличии оперативного родоразрешения учитывали показания к его проведению, принимали во внимание вес, рост плода, оценку по шкале Апгар на 1 и 5 минуте, факт проведения реанимационных мероприятий и его пребывание в палате интенсивной терапии.

Для верификации диагноза «гипоксия плода» сразу же после рождения ребенка производили забор крови из артерии и вены пуповины для определения показателей кислотно-основного состояния крови (КОС) (рН, ВЕ, рО₂, рСО₂) и концентрации лактата.

Гипоксию плода верифицировали при оценке по шкале Апгар 7 баллов и ниже на 1 минуте после рождения, концентрации лактата в пуповинной крови выше 5,2 ммоль/л, а уровня рН ниже 7,2.

Результаты

Из 215 женщин 138 (64%) составили 1 группу (группу контроля), в которой показатели КТГ были нормальными, согласно классификации FIGO, 42 женщины (20%) были включены во 2 группу, чья КТГ была сомнительной и 35 женщин (16%) составили 3 группу, в которой наблюдали патологические изменения на кардиотокограмме.

Проанализировав возрастные показатели исследуемой выборки, исследователи выявили, что наиболее часто патологическая кривая КТГ встречалась у женщин старше 30 лет.

Для клинической характеристики групп был проведен анализ перенесенных заболеваний в анамнезе у женщин в трех группах. Самыми распространенными соматическими заболеваниями были детские инфекции, заболевания мочевыводящих путей и острые респираторные заболевания, которые встречались с одинаковой частотой во всех группах. Артериальная гипертензия и хронический пиелонефрит чаще отмечены в группе женщин с патологической КТГ. Для анализа возможных факторов, влияющих на течение и исход родов, была тщательно изучена структура гинекологических заболеваний из анамнеза женщин в трех группах.

Все три группы оказались сопоставимы по гинекологическому анамнезу. Наиболее часто встречающимися в выборке были бесплодие и миома матки что, возможно, связано с контингентом пациенток, наблюдающихся в Центре, котором проводилось исследование. При анализе репродуктивной функции не было выявлено достоверных отличий в исследуемых группах.

В данном исследовании в группах с нормальной, сомнительной и патологической КТГ первородящих женщин было 67 (48,5%), 17 (40,4%) и 14 (40%) соответственно.

Оценивая течение беременности пациенток, исследователи проанализировали частоту угрозы прерывания беременности, частоту отслойки плаценты, нарушений показателей доплерометрии и кардиотокограммы во время беременности. При анализе течения второй половины беременности также не было выявлено достоверных отличий. Наиболее часто встречались такие осложнения как: анемия (18%) и отеки беременных (12%) в третьем триместре (рис.4).

СТРУКТУРА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, %

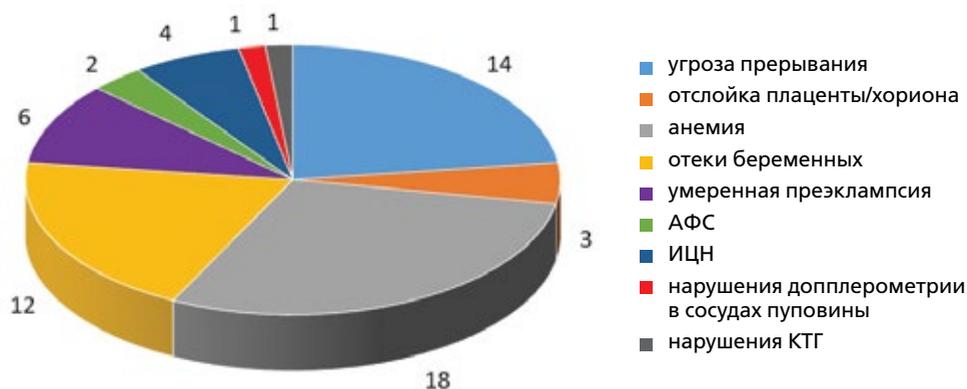


Рис. 4

Структура осложнений в течении беременности

Следует отметить, что из исследования были исключены пациентки с хронической гипоксией плода. Это связано с тем, что, согласно международным исследованиям, миокард плода может быть адаптирован к изменениям и острая гипоксия плода не будет своевременно диагностирована в течение родов по изменениям сегмента ST на его электрокардиограмме.

Таким образом, анализ исследуемой выборки показал, что исследуемые группы пациенток были сопоставимы по соматическому, гинекологическому и репродуктивному анамнезу.

Течение и исход родов

В группе с нормальными параметрами КТГ через естественные родовые пути родоразрешено 129 (92,0%), женщин. Остальные 9 пациенток были родоразрешены оперативным путем: 7 пациенток – операцией кесарева сечения и 2 – вакуум-экстракции плода. Основным показанием к абдоминальному родоразрешению явился клинически узкий таз или неправильное вставление плода, в 1 наблюдении – дистресс плода. Две пациентки были родоразрешены путем вакуум-экстракции в связи с острой гипоксией плода.

Стоит отметить, что эти пациентки были включены в группу с нормальными показателями КТГ, т.к. изменения на мониторе были выявлены только в конце 2 периода родов. Эпидуральную аналгезию проводили у 88 пациенток (63,7%). Основными показаниями для проведения ЭА явилась необходимость обезболивания в 1 периоде родов, лечение умеренной преэклампсии в родах. В 15,2% наблюдений применяли окситоцин с целью коррекции слабости родовой деятельности.

В 1 группе первый период родов у первородящих составил в среднем 7 ч 50 мин (3 ч – 12 ч 30 мин), у повторнородящих 5 ч 30 мин (2 ч 40 мин – 12 ч 45 мин).

Анализ перинатальных исходов показал, что в группе с нормальной КТГ основные показатели состояния новорожденных не отличались от общепопуляционных. Средняя масса тела 3423 ± 423 г, крупных плодов родилось 11 (7,9%). Средняя оценка по Апгар составила $7,8 \pm 0,4$ балла. Все новорожденные были выписаны на 4-5 сутки домой, в удовлетворительном состоянии.

Во 2 группе пациенток с сомнительными данными КТГ через естественные родовые пути родоразрешились 40 (95,2%) женщин. В остальных двух наблюдениях была проведена вакуум-экстракция в связи с острой гипоксией плода. В данной группе также отмечен высокий процент эпидуральной анальгезии (59,5%), однако частота применения окситоцина для лечения слабости родовой деятельности была несколько выше, чем в первой группе (19,0%).

В группе с сомнительными параметрами КТГ средняя масса тела плода составила 2923 ± 221 г. Средняя оценка по Апгар $7,6 \pm 0,7$ балла. Один новорожденный из этой группы был переведен в палату интенсивной терапии для проведения респираторной поддержки.

Во 2 группе первый период родов у первородящих составил в среднем 8 ч 50 мин (4 ч 15 мин – 8 ч 50 мин), у повторнородящих 5 ч 55 мин (4 ч 10 мин – 10 ч 40 мин).

При анализе течения родов у пациенток с патологической КТГ был отмечен высокий процент эпидуральной анальгезии (57,1%). Лечение слабости родовой деятельности окситоцином применялось у 31,4% женщин. Учитывая критерий разделения выборки, в данной группе закономерно выше частота вакуум-экстракции плода (7 наблюдений, 20%, $p < 0,05$ по сравнению с группой нормальной КТГ) и кесаревых сечений (6 наблюдений, 17,1%, $p < 0,05$ по сравнению с группой нормальной КТГ).

В 3 группе средняя масса тела 3122 ± 221 г. Средняя оценка по Апгар $7,1 \pm 0,9$ балла. Из этой группы 6 новорожденным (17,1%) проводили реанимационные мероприятия в родильном зале или в операционной.

Анализ структуры заболеваемости новорожденных в этой группе представлен на рис. 5.

**СТРУКТУРА НЕОНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
В ГРУППЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КТГ**

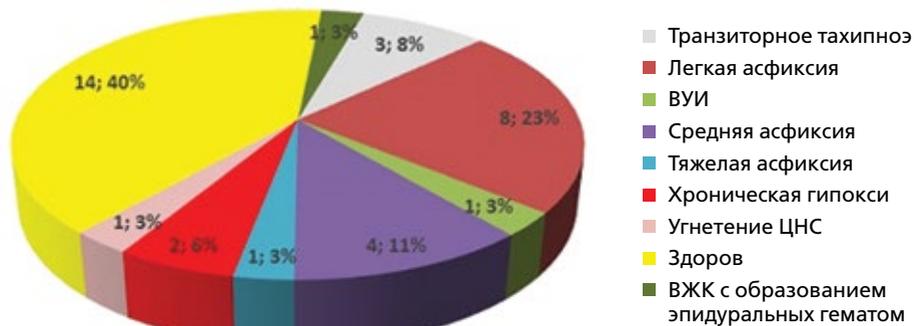


Рис.5

Структура заболеваемости новорожденных в группе патологической КТГ.

В этой группе большинство детей (40%) оказались здоровы, благодаря своевременному родоразрешению. Вместе с тем мы отмечаем асфиксию различной степени, преимущественно легкой и средней. Также обращает на себя внимание показатель частоты поражения головного мозга ишемического и геморрагического характера. По данным нейросонографии частота внутрижелудочковых кровоизлияний и угнетения ЦНС составила по 3%. В основном, все новорожденные находились в стационаре не менее 6 суток, в дальнейшем 8 новорожденных (22,8%) были переведены в специализированное отделение патологии новорожденных для дальнейшего выхаживания. 15 детей (42,8%) продолжили наблюдение у невролога и после выписки.

В 3 группе первый период родов у первородящих составил в среднем 7 ч 29 мин (4 ч 15 мин – 8 ч 50 мин), у повторнородящих 4 ч 55 мин (4 ч 10 мин – 10 ч 40 мин). При анализе длительности второго периода родов было выявлено значительное увеличение его продолжительности в этой группе (49 мин, 37 мин и 1 ч 15 мин в 1, 2 и 3 группах, соответственно). Это обусловлено слабостью родовой деятельности, которая достоверно чаще встречалась в этой группе.

Третий период не отличался по продолжительности и составил в среднем 6,7 минут в каждой группе.

Кровопотеря в родах через естественные родовые пути составила в среднем 269±50 мл, патологической кровопотери у наблюдаемых пациенток не было.

Обращает на себя внимание высокая частота эпизиотомий в третьей группе, это связано с повышенным количеством влагалищных оперативных родоразреше-

ний. Другие осложнения (разрывы промежности, шейки матки, малых половых губ) регистрировались во всех группах примерно с одинаковой частотой (10-15%).

**Данные мониторинга состояния плода
в исследуемых группах**

При подробном изучении показателей КТГ и анализа изменений сегмента ST в группе с нормальной КТГ нами не было выявлено значительных отклонений в показателях кардиомонитора и ЭКГ в течение родов. При анализе электрокардиограммы ST-события были зафиксированы в 30% женщин, их количество варьировало от 1 до 4 на одну кривую, значительных подъемов соотношения T/QRS не было. Стоит отметить, что не было зарегистрировано значительных изменений ЭКГ плода на фоне применения анальгезии и родостимуляции окситоцином. (рис. 6).

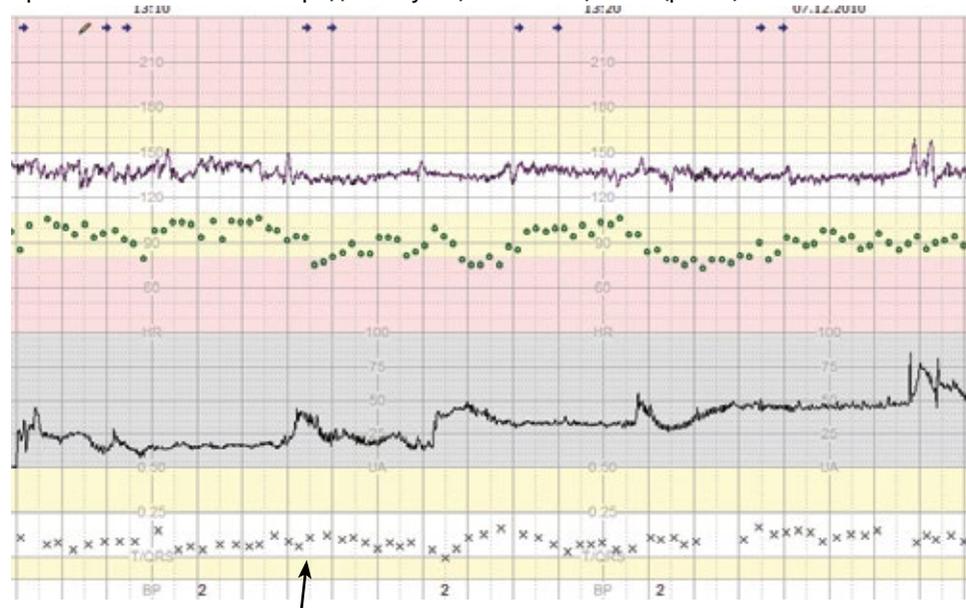


Рис. 6.

Пример параллельной регистрации КТГ кривой и изменений ST сегмента у пациентки из группы нормальной КТГ. На рисунке указаны сокращения матки, соотношения T/QRS, КТГ плода, а также среднее артериальное давление матери.

На рисунке стрелкой обозначен момент введения анестетика в эпидуральный катетер (данные ЭКГ плода не изменились). Как следует из результатов, применение анестетика не оказало прямого или опосредованного влияния на состояние миокарда плода.

При анализе ЭКГ плода в группе пациенток с сомнительной кардиограммой ST-события были отмечены у 42,4% пациенток. Однако различия с остальными группами оказались статистически незначимы.

Частота выявления ST-событий при анализе ЭКГ плода у женщин с патологической кардиограммой составила 14,2%. Учитывая наличие патологического характера кардиограммической кривой, это имело существенное значение для выбора акушерской тактики. Введение анестетика или окситоцина, также как в других группах не сопровождалось появлением ST-событий (рис. 7).



Рис. 7

Пример параллельной регистрации КТГ кривой и изменений ST сегмента у пациентки из группы патологической КТГ. На нижнем графике в прямоугольнике обозначен эпизод подъема сегмента ST и значение соотношения T/QRS.

Анализ лабораторных данных

В момент рождения плода осуществляли определение кислотно-основного состояния его артериальной крови в вене пуповины. Одновременно с определением КОС измеряли уровень содержания лактата в крови. Результаты определения концентрации лактата в артерии пуповины новорожденного и корреляция с данными определения pH представлены на рисунке 8.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛАКТАТА И pH

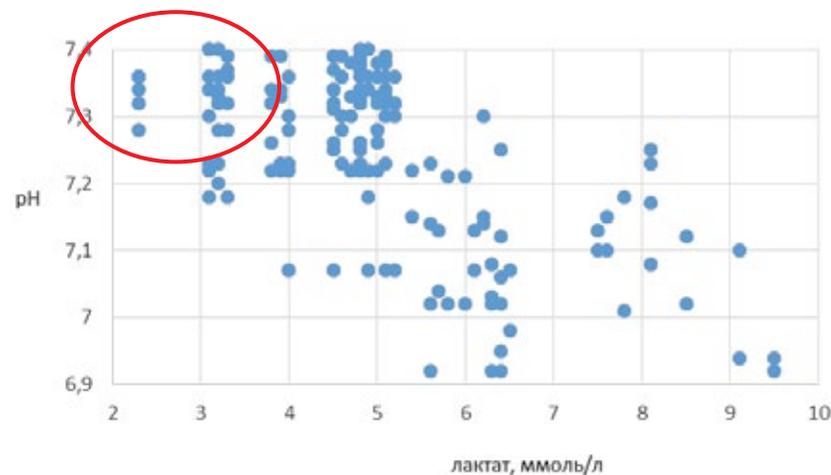


Рис. 8

Анализ корреляции концентрации лактата и показателя pH.

Результаты анализа данных в исследуемой выборке показали, что основной кластер образцов с нормальным pH (т.е. более 7,2) соответствует концентрации лактата менее или равно 5,2 ммоль/л. При уровне лактата выше 5,2 ммоль/л мы наблюдали ацидоз и значительное снижение pH у новорожденных. Эти данные были взяты за основу верификации гипоксии плода для дальнейшего анализа результатов применения инструментальных методов диагностики. Не было отмечено статистических отличий в группах нормальной и сомнительной КТГ, однако имеются отчетливые свидетельства нарушения метаболических показателей крови новорожденных в группе с патологическим характером КТГ.

Основная цель нашего исследования – расчет чувствительности и специфичности данной методики в диагностике гипоксии плода. С учетом лабораторной верификации гипоксии плода в обследованной выборке пациенток специфичность метода анализа сегмента ST одновременно с кардиотокографией составила 98,0%, чувствительность – 78,6%. Для более точного расчета мы оценили данные параметры отдельно в каждой группе. В первой, второй и третьей группах чувствительность и специфичность составили 66,7% и 98,5%, 100% и 97,5%, 88,9% и 88,4%. Изученный нами метод обладает высокой специфичностью, однако его чувствительность, особенно в группе пациенток, роды которых завершились рождением здорового ребенка, несколько снижена. Это говорит о том, что при нормальной кардиотокограмме ST-анализ играет второстепенную роль и незначительные изменения соотношения T/QRS не означают ишемию миокарда плода в течение родов.

Результаты исследования

Целью проведенного исследования был анализ чувствительности и специфичности комбинированного анализа кардиотокограммы и изменений сегмента ST на прямой электрокардиограмме в диагностике гипоксии плода в родах, а также сравнение комбинированного метода с традиционной кардиотокографией. Итоговые чувствительность и специфичность автоматического анализа сегмента ST составили 88,6% и 98% соответственно. Аналогичные показатели для КТГ оказались ниже и составили 78% и 81%. При этом наиболее низкие значения специфичности кардиотокографии (52,5%) отмечены при сомнительных параметрах кривой по критериям FIGO.

Одной из наиболее трудных задач мониторинга плода в родах является оценка его состояния во втором периоде родов, когда интерпретация кардиотокографической кривой нередко затруднена, в большом числе наблюдений кривые носят характер сомнительных и даже патологических, но корреляция с исходом наблюдения далеко не всегда.

Как показали полученные результаты данного исследования, чувствительность и специфичность комбинированного использования КТГ и прямой ЭКГ с автоматическим анализом изменений сегмента ST в целом обладает более высокой чувствительностью и специфичностью, чем только КТГ. Но особенно важно, что чувствительность и специфичность данной комбинации оказалась значительно выше во втором периоде родов. При этом наиболее высокие значения чувствительности (100% и 88,9%) зарегистрированы в наиболее трудных для интерпретации и выбора тактики наблюдениях с сомнительными и патологическими кардиотокогра-

фическими кривыми. Полученные результаты позволили нам скорректировать тактику ведения родов при таких КТГ и избежать ускоренного родоразрешения в случае нормального состояния плода.

Известно, что после начала эпидуральной аналгезии в родах в некоторых наблюдениях отмечаются преходящие изменения на кардиотокографической кривой, свидетельствующие об изменениях сердечного ритма плода. Природа этих изменений до настоящего времени окончательно не установлена, предполагается, что временный дисбаланс катехоламинов вызывает изменение тонуса матки и вторично – ритма сердцебиения плода. Значение этих изменений для определения тактики родов зависит от того носят ли они функциональный характер, или указывают на страдание плода. В связи с этим важным результатом исследования явилось выявленное нами отсутствие изменений сегмента ST в процессе эпидуральной аналгезии. Это свидетельствует о том, что при отсутствии исходных нарушений в состоянии плода краткосрочные и неглубокие изменения КТГ - кривой, которые встречаются после начала эпидуральной аналгезии, не сопровождаются нарушениями метаболизма миокарда плода.

Заключение

Проведенное исследование позволило сформулировать следующие заключения: использование комбинации кардиотокографии и прямой ЭКГ плода в родах позволяет эффективно и своевременно диагностировать состояние плода в течение всего родового процесса. Чувствительность и специфичность метода оказалась значительно выше, чем аналогичные показатели при использовании только КТГ.

Данная методика оказалась наиболее удобной при применении эпидуральной аналгезии, так как позволила осуществлять мониторинг за плодом непрерывно в течение постановки эпидурального катетера и введения тестовой и основной дозы препаратов.

Комбинация кардиотокографии с автоматическим анализом сегмента ST значительно повышает эффективность мониторинга состояния плода в наиболее сложных ситуациях – во втором периоде родов, при сомнительных и патологических кардиотокографических кривых. ■

Статья подготовлена при участии Баева Олега Радомировича, д.м.н., профессора, заведующего родильным отделением ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России; Приходько Андрея Михайловича, врача родильного отделения ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России; Шифман Ефима Муневича, д.м.н., профессора кафедры анестезиологии и реаниматологии, ФПК МР РУДН.

Тактика ведения недоношенной беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек



Елена Викторовна Карпова,
Акушер-гинеколог,
кандидат
медицинских наук



Елена Евгеньевна Комарова,
Акушер-гинеколог,
кандидат медицинских
наук, заведующая
3 акушерским
отделением ГKB № 29,
врач высшей категории



Согласно определению ВОЗ, преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней (154 - 259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

Актуальность проблемы ведения преждевременных родов при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) не вызывает сомнений. ПРПО, по данным разных авторов, сопровождает 35%-60% всех преждевременных родов, которые заканчиваются рождением недоношенного ребенка. В свою очередь, на долю недоношенных детей приходится 60%-70% неонатальной смертности. Значительные успехи в мировой медицине и фармакологии, достигнутые за последние 30 лет, не повлияли на распространенность преждевременных родов с ПРПО. Их частота остается почти стабильной, составляет 5%-12% и не имеет тенденции к снижению. Роды при недоношенной беременности в сроках от 28 до 34 недель составляют 27% – 32% от числа всех преждевременных родов и менее изучены, чем, например, ранние преждевременные роды в сроках 22 – 28 недель. Несмотря на то, что легкие плода в эти сроки гестации еще незрелые, индивидуально выбранная выжидательная тактика ведения родов, профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС) плода способствуют их ускоренному созреванию. Три основные причины неонатальной смертности связаны с ПРПО при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких. Смертность новорожденных с внутриутробной инфекцией, проявившейся сепсисом, в четыре раза выше. Риск для матери связан, прежде всего, с хориоамнионитом (13-60%). Доказана связь между восходящей инфекцией из нижних отделов генитального тракта и ПРПО. У каждой третьей пациентки с ПРПО при недоношенной беременности имеются положительные результаты посевов культуры генитального тракта, более того, исследования доказали возможность проникновения бактерий через интактные мембраны. Итак, перинатальная заболеваемость в данной группе пациентов остается высокой и предполагает дорогостоящее выхаживание детей в условиях реанимации с применением современных технологий. Самым противоречивым остается вопрос о сроках пролонгирования безводного промежутка. С одной стороны, пролонгирование недоношенной беременности увеличивает гестационный возраст плода, с другой стороны, увеличивается риск инфекционных осложнений у плода из-за выраженного маловодия, а также у матери с последующим развитием хориоамнионита и септических состояний. Поэтому случаи длительного пролонгирования недоношенной беременности с ПРПО необоснованно редки.

Министерством здравоохранения Российской Федерации были разработаны протоколы ведения преждевременных родов, в том числе и при ПРПО, которые регламентируют действия врачей акушеров-гинекологов всех лечебных учреждений г. Москвы. Так, диагностика ПРПО имеет ряд особенностей. В большинстве случаев диагноз очевиден в связи с жидкими прозрачными выделениями из влагалища. Однако при подозрении на ПРПО следует избегать влагалищного исследования, кроме случаев, когда есть признаки активной родовой деятельности, так как оно значительно увеличивает риск распространения инфекции и вряд ли определит тактику дальнейшего ведения беременности и родов.

Если же разрыв плодных оболочек произошел достаточно давно, диагностика может быть затруднена. В этом случае алгоритм врачебных мероприятий следующий:

1. предложить беременной стерильную прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час;
2. произвести осмотр на кресле стерильными зеркалами - жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз;
3. взять мазок на околоплодные воды, при этом частота ложноотрицательных ответов более 20%;
4. использовать одноразовые тест-системы, так называемые амниотесты, основанные на определении нефосфорилированной формы протеина-1, связанного с инсулиноподобным фактором роста или плацентарного α -микроглобулина-1;
5. провести УЗИ - олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз ПРПО.

Вероятность развития спонтанной родовой деятельности при ПРПО находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности. В пределах первых суток после ПРПО спонтанные роды в 26 % случаев начинаются при массе плода 500-1000 граммов, в 51 % – при массе плода 1000-2500 граммов, в 81 % – при массе плода более 2500 граммов.

Пролонгирование беременности при сроке до 22 недель нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода и высокой частоты гнойно-септических осложнений у матери. Рекомендуется прерывание беременности.

При сроке беременности 22-24 недель прогноз также неблагоприятен. Родители должны быть осведомлены, что дети, родившиеся до 24 недель, вряд ли выживут, а те, кто выживут, вряд ли будут здоровыми.

Выбор тактики ведения при ПРПО при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.

При поступлении пациентки в стационар 1-й и 2-й группы с подозрением на ПРПО в сроке беременности до 34 недель рекомендуется перевод в акушерский стационар 3-го уровня. В сроке гестации до 34 недель показана выжидательная тактика, которая предусматривает наблюдение за пациенткой в палате отделения патологии беременности с ведением специального листа наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа температуры тела и пульса беременной, ЧСС плода, характера выделений из половых путей и родовой деятельности.

Объем лабораторных обследований при ПРПО и недоношенной беременности включает в себя посев отделяемого из цервикального канала на -гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам при первом осмотре в зеркалах; общий анализ крови с лейкоцитарной формулой 1 раз в 2-3 дня при



отсутствии клинических признаков инфекции; определение С-реактивного белка в крови, как предиктора хориоамнионита.

Оценка состояния плода включает в себя УЗИ, доплерометрию, КТГ не реже 1 раза в 2-3 дня.

Фармакологическое воздействие при ПРПО и недоношенной беременности включает токолиз, профилактику РДС плода и антибактериальную терапию. Токолиз показан на период не более 48 часов для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов. Профилактическое использование токолитиков неэффективно. Антибиотикопрофилактику следует начинать сразу после постановки диагноза ПРПО и продолжать до рождения ребенка (в случае задержки родов она может быть ограничена 7-10 сутками).

Схемы назначения антибиотиков:

- эритромицин per os по 0,5 г через 6 часов до 10 суток
- ампициллин per os по 0,5 г каждые 6 часов до 10 суток
- при выявлении – гемолитического стрептококка в микробиологических посевах – пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 часа.
- NB! амоксициллин+клавулановая кислота не следует назначать из-за повышения риска некротизирующего энтероколита.



Схемы профилактики РДС плода:

- 24 мг бетаметазона (по 12 мг в/м через 24 часов) или

- 24 мг дексаметазона (по 6 мг в/м каждые 12 часов).

Выжидательная тактика ведения преждевременных родов при ПРПО противопоказана при хориоамнионите, осложнениях беременности, требующих срочного родоразрешения, тяжелом гестозе, отслойке плаценты, кровотечении при предлежании плаценты, декомпенсированных состояниях матери и плода.

Наиболее актуальным осложнением со стороны матери, сопутствующим ПРПО при недоношенной беременности, является хориоамнионит. Клинически признаками хориоамнионита следует считать лихорадку матери выше 38°C, тахикардию плода > 160 уд/мин, тахикардию матери > 100 уд/мин, выделения из влагалища с гнилостным запахом, повышение тонуса матки. Лейкоцитоз (> 18 x 10⁹ мл) и нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы обладают низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции. Необходимо определение этих показателей в динамике (1 раз в 1–2 сутки). Хориоамнионит – абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к кесареву сечению. В случае отсутствия активной родовой деятельности метод

выбора родоразрешения – кесарево сечение. При подозрении на хориоамнионит нужно начинать терапию антибиотиками широкого спектра действия, либо комбинацией препаратов с учетом необходимости воздействия на все группы возбудителей (аэробы грамположительные, грамотрицательные; анаэробы). Показанием для отмены антибактериальной терапии является нормальная температура тела в течение 2 суток. ПРПО не является показанием к экстренному родоразрешению.

В сроке беременности более 34 недель длительная (более 12–24 часов) выжидательная тактика не показана, так как повышает риск внутриматочной инфекции и компрессии пуповины, что отрицательно влияет на исход родов для плода. Но решение о вмешательстве следует принимать на основании комплексной клинической оценки ситуации после получения информированного согласия пациентки.

Рассмотрим показатели преждевременных родов при ПРПО в 3 акушерском отделении ГКБ № 29 за 2015 год. 29,3% от всех родов 3 АО были преждевременными. 50% преждевременных родов составили роды у пациенток с ПРПО, из которых ранние произошли у 5% женщин, в сроке 28–34 у 42%, и 52% у пациенток в сроке гестации 34–36 недель, что наиболее благоприятно для перинатальных исходов. При этом 55% операций кесарево сечение были произведены именно в сроке 28–34 недели. Протокол ведения беременных с ПРПО в 29 ГКБ соответствует стандартам, принятым в г. Москва, а именно: антибактериальная терапия – препараты группы пенициллина с момента поступления, курс профилактики РДС (24 мг дексаметазона), острый токолиз (гинипрал 48 часов), токолиз в поддерживающем режиме признан неэффективным. Мы провели анализ, в каких же сроках произошли спонтанные роды у пациенток с ПРПО. Так, роды произошли на 3 сутки и 1 неделю длительного безводного промежутка у 37 и 33% пациенток. 11% беременных родили спустя сутки после излития околоплодных вод. У 6% пациенток роды произошли при недельном безводном промежутке, у 3% – при трехнедельном. При этом 66% детей поступили в отделение реанимации новорожденных, однако 33% – во 2 отделение для новорожденных. 55% детей от матерей с ПРПО и длительным безводным промежутком родилось в сроке 28–34 недели гестации, далее переведены на второй этап выхаживания. В сроке 34–36 недель – 38% детей. Ранние преждевременные роды у пациенток с ПРПО произошли у 6%, с неблагоприятным исходом.

Итак, преждевременные роды остаются актуальной медико-социальной проблемой, а также приоритетной задачей здравоохранения. Правильное ведение недоношенной беременности, грамотно выбранные сроки и способы родоразрешения при преждевременном разрыве плодных оболочек позволит улучшить показатели перинатальной и материнской заболеваемости. ■

Поздно рожаящие женщины чаще сталкиваются с инсультами



Ученые из Университета Миннесоты (США) сообщают, что поздно рожаящие женщины на 60% чаще сталкиваются с инсультами и инфарктами, чем те, кто создал семью и родил в более молодом возрасте.

Американцы провели исследование с участием 72 000 женщин, и установили, что женщины, которые родили первого ребенка после 40 лет, на 60% чаще умирают от сердечно-сосудистых болезней по сравнению с теми, кто стал мамой значительно раньше. Видимо, это связано с тем, что у многих в период беременности развиваются гипертония и гестационный диабет, а также повышается уровень холестерина. Все это негативно сказывается на состоянии сердечно-сосудистой системы.

В последние десятилетия значительно выросло количество поздно рожавших женщин: например, в Англии и Уэльсе за последние 30 лет количество женщин, впервые рожавших уже после 40, выросло в три раза. Часто этот феномен объясняют перестановкой приоритетов в пользу карьеры, из-за чего деторождение откладывается.

Врачи тем временем предупреждают: желательно, чтобы первые роды прошли до 35 лет, так как потом шансы на естественное зачатие снижаются, и зачастую требуются процедуры ЭКО. При позднем материнстве вырастает и риск осложнений, а у детей чаще отмечаются врожденные дефекты.

У вообще не рожавших женщин риск развития ряда болезней, в частности, опухолей матки, тоже высок, так как они больше подвержены воздействию эстрогена – гормона, который может способствовать росту новообразований. ■

Преждевременные роды может предсказать МРТ

Магнитно-резонансная томография (МРТ) может стать альтернативным методом прогнозирования преждевременных родов, утверждают сотрудники Университета Сапиенца (Рим, Италия).

Считается, что риск преждевременных родов повышен у женщин с укороченной шейкой матки (15 миллиметров и менее). Обычно это выявляется на УЗИ во втором триместре беременности. Однако ультразвук не всегда способен достаточно точно определить такую вероятность: он не отслеживает изменения в тканях шейки матки непосредственно перед родами.

В исследовании итальянских ученых приняли участие 30 беременных женщин с укороченной шейкой матки или положительным тестом на фетальный фиброкинетин. Это белок, который обеспечивает прикрепление зародышевого мешка к внутренней стенке матки. Появление фетального фиброкинетина до 35 недели беременности говорит о высоком риске преждевременных родов.

Все участницы находились на 23–28 неделях беременности. 27% женщин родили в течение недели после проведения МРТ. Сканирование показало: у этих участниц была повышена плотность клеток внутри шейки матки. Таким образом, можно утверждать, что МРТ с достаточно высокой точностью может прогнозировать наступление преждевременных родов. ■

Препарат на основе наночастиц поможет снизить вероятность преждевременных родов

В Медицинской школе при Техасском университете (University of Texas Medical School) ученые разработали препарат на основе наночастиц, использование которого способно снизить вероятность преждевременных родов. Он уже был успешно протестирован на мышах.

Джерри Рефуэрзо (Jerrie S. Refuerzo) и ее коллеги решили создать альтернативу токолитическим препаратам, которые преодолевают плацентарный барьер, но при этом способны вызывать у будущего ребенка проблемы с сердцем и другие нарушения. Ученые говорят, что и другие препараты, используемые для остановки маточных сокращений и предотвращения преждевременных родов, существенно влияют на плод.

В качестве альтернативы американские специалисты разработали наночастицы из индометацина, покрытые снаружи антагонистами окситоциновых рецепторов. Липосомальный препарат, получивший название «Липиндора», не был способен

преодолевать плацентарный барьер и не оказывал никакого влияния на плод. Однако исследователи обнаружили, что беременные мыши, получавшие липосомы, реже рожали раньше срока.

В настоящее время ученые исследуют эффективность созданного ими препарата на тканях матки человека. Если эти эксперименты завершатся успешно, планируется приступить к проведению первой фазы клинических исследований Липиндры с участием пациентов. ■

Китайские ученые вновь занялись редактированием генома человеческого эмбриона



Успешное редактирование генома человеческого эмбриона провели ученые из Китая. Для этого они воспользовались технологией CRISPR/Cas9.

Около года назад китайские ученые уже пытались починить дефектный ген, ответственный за возникновение серповидно-клеточной анемии. Опыты были не слишком удачными: удалось отредактировать лишь 4 эмбриональных генома из 89, но в дальнейшем было обнаружено, что изменения затронули и неповрежденные гены.

В этот раз ученые из Медицинского университета Гуанджоу (Guangzhou Medical University) предприняли попытку создания ВИЧ-устойчивых эмбрионов. В эксперименте использовались 213 оплодотворенных яйцеклеток от 87 пациенток, проходивших процедуру ЭКО. Эти зиготы не подходили для пересадки и были пожертвованы ради науки.

Используя технологию CRISPR/Cas9, ученые воздействовали на ген, кодирующий белок CCR5, пытаясь вызвать мутацию, препятствующую проникновению вируса иммунодефицита в иммунные клетки. Известно, что у людей, несущих мутацию CCR5Δ32, вероятность заразиться ВИЧ существенно снижена.

Исследователям удалось успешно отредактировать лишь четыре из 26 эмбрионов – в остальных присутствовали нежелательные мутации, что свидетельствует о невысокой точности и безопасности используемого метода. Однако сами ученые считают свои эксперименты удачными.

Добавим, как стало известно в начале этого года, разрешение на проведение экспериментов по редактированию человеческого эмбрионального генома получено группой британских ученых из Института Фрэнсиса Крика. Документ, однако,

накладывает ряд серьезных ограничений на проведение опытов: они будут проводиться на зародышах, возраст которых не достиг семи дней. Кроме того, такие эмбрионы нельзя будет пересаживать женщинам. ■

Ученые: вагиноз серьезно снижает шансы на зачатие

Нередко причиной бесплодия или повторяющихся неудачных беременностей является расстройство, протекающее бессимптомно: бактериальный вагиноз, при котором смещается баланс бактерий во влагалище. На сегодня известно, что у беременных с вагинозом в шесть раз повышен риск выкидыша и в два — преждевременных родов.

Сотрудники Орхусского университета (Дания) выяснили, что вагиноз способен повлиять на эффективность ЭКО, поэтому призывают женщин пройти обследование перед посещением репродуктолога. Исследователи наблюдали за 130 женщинами, проходившими ЭКО, интересуясь флорой влагалища и статистикой наступления беременности. К концу наблюдений цикла ЭКО прошли 84 женщины из 130. Вагиноз был выявлен примерно у 28% наблюдаемых (превалировали *Gardnerella vaginalis* и/или *Atopobium vaginae*).

Выяснилось, что лишь у 9% женщин с вагинозом беременность после лечения наступила. Среди пациенток, имевших нормальную флору, забеременеть смогли 35%.

Добавим, что, согласно сегодняшней статистике, бактериальный вагиноз встречается примерно у 19% всех бесплодных людей. ■

Малое количество стволовых клеток в эндометрии ведет к невынашиванию

Причиной привычных выкидышей может быть недостаток стволовых клеток в эндометрии: к такому выводу пришли ученые из Университета Уорвика (University of Warwick, Великобритания) во главе с Яном Брозенсом (Jan Brosens).

По статистике от 15 до 25% беременностей заканчиваются потерей плода. Каждая сотая женщина, пытающаяся забеременеть, сталкивается с привычным невынашиванием, – такой диагноз гинекологи ставят после трех последовательных беременностей, окончившихся выкидышами.

Исследователи изучили образцы эндометрия, взятые у 183 женщин. Удалось обнаружить, что у пациенток, ставившихся с привычным невынашиванием, количество стволовых клеток в эндометрии было снижено. Недостаток стволовых

клеток приводил к тому, что эндометрий не успевал обновляться после каждого менструального цикла, выкидыша или родов. Клетки, выстилающие матку изнутри, быстрее старели, что и увеличивало риск невынашивания.

Авторы объяснили, что планируют провести новые исследования, направленные на разработку методики, способствующей эффективному обновлению выстилающей матку эндометрия. Кроме того, они собираются разработать тесты, позволяющие определить состояние эндометрия и выявить вероятность повторных выкидышей. ■

Связанная с беременностью меланома представляет больший риск, чем обычная

Связанная с беременностью меланома показывает более высокий процент смертности, чем при других условиях, считают сотрудники Кливлендской клиники (Cleveland Clinic's Dermatology & Plastic Surgery Institute, США). Об их находке сообщает портал «MedicalXpress», ссылаясь на публикацию в «The Journal of the American Academy of Dermatology».

Опасность самой смертоносной формы рака кожи — меланомы — возрастает среди женщин детородного возраста. Наибольшему риску подвергаются женщины моложе 50 лет, которые беременны или недавно были беременны.

После поправки на возраст, место опухоли и стадии заболевания, исследователи обнаружили, что у пациенток с диагнозом «злокачественная меланома» во время беременности или в течение одного года после рождения ребенка было 5,1 раза больше шансов умереть. Также у них в 6,9 раза возрастает вероятность развития метастазов и в 9,2 раза больше шансов иметь рецидив после лечения. Как полагают исследователи, причина в гормонах беременности: они могут привести к развитию рака.

В исследовании использовалась клиническая база данных электронных медицинских записей пациенток с кожной меланомой (462 женщин в возрасте до 49 лет). Все пациентки сдали биопсии с диагностикой меланомы в (1988–2012гг). «Мы увидели значительное ухудшение прогнозов и результатов развития меланомы у женщин, связанных с беременностью. Скорость метастазов, рецидивов и смерти были поразительны: их степень была заметно выше у женщин, которые были диагностированы с меланомой во время беременности или в течение одного года после родов», — прокомментировал руководитель исследования доктор Брайан Гастман (Brian Gastman).

Это исследование является очередным напоминанием о важности профилактики рака кожи. Темпы развития меланомы растут, по мнению специалистов из США,

как минимум, последние 30 лет. Женщины моложе 50 лет, особенно беременные, имеют более высокий риск развития болезни, так что им необходимо быть экстра-бдительными в контроле изменяющегося состояния своей кожи и прилежно посещать дерматолога, — напоминают авторы.

Ультрафиолетовое излучение солнца или искусственных источников является наиболее существенным фактором риска развития всех форм рака кожи, включая меланому. Чтобы защитить кожу от вредного воздействия ультрафиолетовых лучей, Американская академия дерматологии (The American Academy of Dermatology – AAD) рекомендует в солнечные дни выбирать тень, носить защитную одежду и использовать широкий спектр водостойких солнцезащитных кремов с SPF 30 или выше. Академия также информирует о необходимости избегать соляриев и других источников искусственного ультрафиолетового излучения, повышающих риск развития меланомы, особенно у женщин моложе 45 лет. ■

Специалист: декретный отпуск нужно давать в начале беременности

Особое внимание следует уделять ранним срокам беременности, когда происходят все важные события в жизни плода, закладываются органы и системы, а также возникают проблемы, способные привести к неблагоприятному исходу, — считает профессор Виктор Радзинский, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов.

«Декретный отпуск нужно давать в начале беременности, а не в конце. Все события, которые могут привести к неблагоприятным последствиям, происходят именно в ранние сроки беременности», — заявляет он.

Более того, по мнению профессора, для обеспечения здоровой беременности нужно следить за собой даже не в начале беременности, а еще до ее наступления. К сожалению, в большинстве стран мира подготовка к беременности и ведение первых недель считаются не столь важными, как наблюдение на поздних сроках.

На вопрос о том, что может сделать сама женщина, желающая родить ребенка, чтобы повысить свои шансы на благополучную, здоровую беременность,



профессор отвечает: «В первую очередь, нужно следить за своим здоровьем и своевременно обращаться к врачам за помощью. Проблема в том, что здоровых людей сегодня очень мало, не больше 24–25 процентов. По данным 2010 года, среднестатистический выпускник школы имеет 1,2 заболевания. В дальнейшем это может сказаться на его репродуктивной функции и на здоровье его потомства. Более того, многие молодые люди сегодня отличаются более слабым здоровьем, чем люди постарше, и нередко это связано с неправильным, нездоровым образом жизни, который они ведут».

«К реализации своей главной биологической функции нужно подходить ответственно. Чем здоровее будут родители, тем здоровее будет их потомство», — заключает профессор. ■

Прием болеутоляющих во время беременности снижает фертильность потомства

Исследование на беременных крысах, проведенное в Университете Эдинбурга (Великобритания), показало негативное влияние приема болеутоляющих препаратов на репродуктивную функцию рождающегося потомства, сообщает Science World Report.

Грызунам давали Парацетамол в течение 9 дней или Индометацин в течение 4 дней. Уже через 1-4 дня специалисты заметили негативные последствия приема обоих лекарств.

У родившихся детенышей крыс женского пола оказались уменьшены яйцеклетки, яичники, и в будущем они рожали меньше крысят. У детенышей мужского пола также имелись врожденные дефекты: в частности, у них было меньше клеток, из которых развиваются сперматозоиды, однако к совершеннолетию их репродуктивные функции приходили в норму.

Беременность у крыс длится меньше месяца. Как известно, у людей плод находится в утробе матери гораздо дольше, тем не менее, ученые считают, что результаты их исследования отчасти применимы к людям, поэтому не рекомендуют женщинам злоупотреблять обезболивающими во время беременности. ■



Тяжёлые воспаления у матери могут провоцировать аутизм ребенка

Тяжелое хроническое воспаление матери может спровоцировать развитие аутизма у её ребёнка, сообщает новостной портал «MedicalXpress», ссылаясь на публикацию в «Science».

Обширное мультицентровое исследование, предпринятое в США (MIT, the University of Massachusetts Medical School, the University of Colorado, and New York University Langone Medical Center) раскрыло возможный механизм того, как это происходит.

Работая с мышинной моделью, американские исследователи обнаружили, что во время тяжелого воспаления в организме матери активируются иммунные клетки, производящие эффекторные молекулы IL-17, появление которых мешает развитию мозга плода. Также удалось выяснить, что блокирование IL-17 может восстановить нормальную структуру мозга, и соответственно, поведение.

«У мышей мы можем блокировать IL-17 после воспаления матери, что способно улучшить некоторые из поведенческих симптомов потомства. Но мы пока не знаем, как этот механизм можно перевести на организм человека», — говорит исследователь Глория Чой (Gloria Choi; MIT's McGovern Institute for Brain Research).

Чой и её муж Чжун Ха (Jun Huh) надеются, что работа позволит уменьшить шансы развития аутизма у детей женщин, переносящих тяжелые инфекции во время беременности. Также исследователи планируют выяснить, влияет ли материнское воспаление на генетическую восприимчивость мышей, поскольку аутизм, как известно, имеет очень сильный генетический компонент. ■

Переношенная беременность повышает риск осложнений

Переношенная беременность и запоздалые роды повышают опасность развития осложнений и болезней у младенцев, сообщает новостной портал «MedicalXpress», ссылаясь на результаты исследования израильских специалистов, опубликованные в «Archives of Disease in Childhood – Fetal & Neonatal Edition» (BMJ Journals).

Несмотря на то, что беременность считается доношенной в 40 недель, только около 5% женщин рожают в назначенный срок. Эксперты рекомендуют после 40 недель более бдительный контроль, а иногда и искусственную стимуляцию родов. Однако многие беременные отказываются от стимулирования родов из-за риска стресса для будущего ребенка или же требуют проведения кесарева сечения.

Исследование израильских специалистов (Университет Тель-Авива, Израиль) показало, что запоздалые роды даже среди женщин с низким уровнем риска беременности связаны с ростом краткосрочных рисков болезней и инфекций для новорожденных, которых в таких случаях в два раза чаще переводят в отделения интенсивной терапии.

Один из руководителей исследования, доктор Лиран Хирш (Liran Hirsch; TAU's Sackler Faculty of Medicine and Rabin Medical Center, Israel) отмечает: «Есть женщины, которые отказываются от стимуляции родов, даже перенашивая на две недели позднего срока, и врачам очень трудно убедить их, что они заблуждаются. Возможно, теперь можно будет доказать, что даже если в ходе беременности не наблюдалось каких-либо осложнений, и женщина находится под наблюдением (её навещают каждые три дня), она всё равно сильно рискует, отказываясь от медицинского вмешательства».

Команда доктора Хирша изучила электронные записи 23 тыс. 500 женщин, которые родили детей в клинике «Rabin Medical Center» в течение пяти лет. Исследователи сравнили неонатальные исходы в трех группах новорожденных: рожденных в сроке 39–40 недель, на 41-й неделе и родившихся на 42-й неделе и позже.

Оказалось, что, хотя предыдущие исследования показывали повышенный риск осложнений у новорожденных, родившихся переносными, большинство выборок включали женщин с осложнениями беременности, такими, как небольшой плод, гипертония, сахарный диабет и т.д.. По этой причине изолированный эффект пролонгированной беременности не мог быть определен.

На этот раз израильские эксперты включили в анализ только женщин с низким уровнем риска беременности для того, чтобы более четко определить влияние гестационного возраста на роды и неонатальный исход. Результаты показали, что у младенцев, рожденных после 42 недель, риск заражения инфекциями был примерно в два раза выше, и дети, которые испытывали затруднение дыхания, поступали в отделения интенсивной терапии новорожденных, в отличие от тех младенцев, которые родились на 39–40 неделе.

Доктор Хирш предупреждает будущих молодых мам, что желательно не откладывать роды на срок после 42 недель, а коллегам рекомендует предлагать стимуляцию родов как разумный и обоснованный выбор. ■

Обезболивающее в форме спрея разработано для облегчения родов

Назальный спрей, который поможет снизить болевые ощущения при родах, разработан доктором Джули Флит (Julie Fleet) из Университета Южной Австралии (University of South Australia).

В основу спрея входит анальгетик фентанил, который не менее эффективен, чем петидин, часто используемый в качестве обезболивающего средства при родах. Новое средство может оказаться гораздо более удобным, чем инъекции, так как лекарства в виде спрея начинают действовать быстрее.

Спрей уже был испытан на пациентках одной из австралийских больниц. Около 80% женщин, опробовавших средство, сообщили, что согласились бы использовать его еще раз. Необходимую дозу анальгетика женщины могут вводить себе самостоятельно под контролем акушерки.

Пациентки сообщили, что после использования спрея они гораздо реже испытывали тошноту, а восстановление проходило быстрее, чем при введении других препаратов. Ученые считают, что новый анальгетик может стать альтернативой эпидуральной анестезии и использоваться в тех случаях, когда ее проведение невозможно. Ориентировочно стоимость спрея не будет превышать 50 долларов. ■

Исследование: при родах в воде осложнения возникают не чаще, чем при обычных



Родоразрешение в водной среде не сопряжено с повышенным риском для новорожденных, показывают результаты исследования, проведенного в Университете Орегона (США).

Авторы проанализировали данные о родах, собранные в период с 2004 по 2009 год. Им удалось изучить информацию о 17 тыс. случаев, когда роды принимали профессиональные акушерки. При этом 6 тыс. 500 женщин предпочли роды в воде, проходившие дома или же в специализированных центрах. Ученые сравнили то, как часто возникали осложнения в обычных условиях и в воде.

Как удалось выяснить, тип родов не влиял на частоту госпитализации, а дети, рожденные в воде, получали низкие баллы по Апгар не чаще, чем те, кто появился на свет в результате обычных родов. Впрочем, ученые обнаружили, что у женщин, рожавших в воде, разрывы промежности возникали на 11% чаще, чем у тех, кто отказался от этой идеи.

Напомним, Американская педиатрическая академия (American Academy of Pediatrics) и Американская коллегия акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists) в 2014 году заявляли, что считают водные роды опасными для здоровья ребенка. В ответ на это Американская коллегия акушеров (American College of Nurse Midwives) совместно с Американской Ассоциацией центров родовспоможения (American Association of Birth Centers) и Королевской коллегией акушеров (Royal College of Midwives) опубликовали данные о 4 тыс. водных родов, свидетельствующие о том, что такие роды безопасны для матерей и младенцев.

Несмотря на то, что ряд исследований, включая недавнее, указывают на отсутствие роста числа осложнений при водных родах, дискуссия продолжается. Авторы во главе с Марит Бовбьерг (Marit Bovbjerg) отмечают, что каждая будущая мать должна принимать решение самостоятельно, получив предварительно информацию о возможных рисках. ■

Более 2,6 млн случаев мертворождения регистрируется в мире ежегодно

Каждый день во всем мире регистрируется примерно 7,2 тыс. случаев мертворождения — это 2,6 млн мертворожденных младенцев в год. Около половины из этих детей погибают во время родов, говорится в статье журнала The Lancet.

Авторы недавней серии исследований подчеркивают, что, несмотря на существенное снижение показателей детской и материнской смертности, прогресс в борьбе с мертворождением идет крайне медленно, хотя большинство случаев рождения мертвого ребенка можно было бы предотвратить.

Согласно собранным данным, 98% мертворожденных младенцев регистрируется в странах с низким и средним уровнями доходов. Тем не менее, проблема

свойственна и развитым странам. Авторы подчеркивают, что ежегодно снижение показателей уровня мертворождений происходит в среднем на 2%, тогда как борьба с материнской и детской смертностью ведется эффективнее: эти показатели каждый год падают на 3% и 4,5% соответственно. Стоит отметить, что в рамках исследований мертворожденными считались младенцы, смерть которых наступила до рождения, но после 28-й недели беременности.

Главной причиной мертворождений оказалась переносимая беременность: на такие случаи приходится 14% случаев рождения мертвого ребенка. Питание, образ жизни (ожирение или курение), неинфекционные заболевания (диабет, рак, сердечно-сосудистые болезни) приводят к 10% мертворождений. Еще 7,7% случаев происходят из-за инфицирования матери малярией или сифилисом.

Сегодня лучше всего дела обстоят в Исландии и Дании — там регистрируется 1,3 и 1,7 случаев на 1 тыс. родившихся, соответственно. За ними следуют Финляндия, Нидерланды, Хорватия, Япония, Южная Корея, Норвегия, Португалия и Новая Зеландия. ■

Курение во время беременности влияет на детскую ДНК

У детей, рожденных мамами, курившими во время беременности, происходит химическая модификация ДНК, которая отражает изменения, отмеченные у взрослых курильщиков, сообщает результаты недавнего исследования портал MedPage Today.

Авторы проекта проанализировали данные 13 групп исследований, объединивших 6685 матерей и их младенцев. Методом исключения были выделены 13% женщин, куривших каждый день во время беременности, 25% матерей, периодически куривших, или бросивших курить в начале беременности, а также 63% участниц, во время беременности вообще не куривших.

Ученые выделили более 6 тыс. модификаций ДНК у детей, родившихся от курящих матерей. Около половины этих изменений связаны с генами, отвечающими за развитие и функционирование легких и нервной системы. Также изменения в ДНК затрагивают гены, ассоциированные с развитием онкологических заболеваний и врожденными физическими дефектами.

Добавим, что и ранее курение во время беременности ученые связывали с повышенным риском нарушений развития, низкой массы тела при рождении, синдромом внезапной смерти младенца и астмой. ■

Редакция Дайджеста:

Главный редактор –
Шадёркина Виктория Анатольевна
viktoriashade@uroweb.ru

Шеф-редактор:

Перова Мария Петровна
maria_perova@mail.ru

Выпускающий редактор:

Шадёркин Игорь Аркадьевич
info@uroweb.ru

Специальные корреспонденты:

Болдырева Юлия Георгиевна
Еремина Ольга Вадимовна
Георгинова Ольга Анатольевна

Менеджер по рекламе:

Шаброва Анастасия Игоревна
info@uromedia.ru

Дизайн и верстка:

Вечкутов Иван Владимирович

Корректор:

Болотова Елена Владимировна

Тираж 9 000 экз.

Подписка на сайте <http://g-academy.ru/> Академия акушерства и гинекологии.
Распространение бесплатное по России.

Распространяется на профессиональных мероприятиях, силами фармкомпаний
Периодичность 1 раз в 3 месяца.

Аудитория – гинекологи, акушеры, детские гинекологи, гинекологи-эндокринологи, урогинекологи, врачи других специальностей.

Издательский дом «УроМедиа» 105425 Москва, ул. 3-я Парковая, 41А, стр. 8.

Техническая поддержка ООО «Медицинские вебтехнологии» и ИД «Уромедиа»

При полной или частичной перепечатке материалов требуется письменное разрешение редакции.

При полной или частичной перепечатке материала ссылка на Дайджест Академии акушерства и гинекологии обязательна.

В материалах предоставлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

Ответственность за достоверность рекламных материалов несет рекламодатель.



Академия акушерства и гинекологии

- Новости гинекологии
- Статьи и абстракты из российских и зарубежных журналов по гинекологии
- События и календарь мероприятий
- Научные материалы
- Клинические случаи
- Курсы дистанционного образования по гинекологии
- Профессиональный форум

www.g-academy.ru

Проект для гинекологов амбулаторного звена
и врачей смежных специальностей

