



Тема номера: Профилактика бесплодия

Как избыточный вес влияет на фертильность

с. 3

Новый подход к снижению частоты кесаревых сечений

с. 4

Антиоксидантная терапия – ключ к лечению идиопатического мужского бесплодия

с. 6

Новые книги для акушеров-гинекологов

с. 15

Слово главного редактора



Галина Борисовна ДИККЕ

Д.м.н., доцент, эксперт РАН, временный советник ВОЗ по проблеме ИППП/ВИЧ и нежеланной беременности, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины, ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф. И. Иноземцева», Санкт-Петербург

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Приятно сознавать, что наш проект привлек к себе ваше внимание, и очередной выпуск газеты мы решили посвятить вопросам бесплодия – одной из ключевых медицинских и социальных проблем национального масштаба.

По данным Росстата, в 2017 году в России на свет появилось на 203 тыс. младенцев меньше, чем годом ранее. Даже снижение смертности до самого низкого в XXI веке уровня не помогло России сохранить естественный прирост населения, на смену которому пришла естественная убыль (за 2017 год – минус 134,4 тыс., в 2016-м было плюс 5,4 тыс.). Среди причин такой демографической ситуации особое значение принадлежит неудовлетворительному состоянию репродуктивного здоровья населения. Каждая седьмая супружеская пара в России сталкивается с проблемами зачатия. Распространенность женского бесплодия растет с каждым годом: с 2005 по 2014 г. этот показатель вырос с 146,6 на 100 тыс. женщин в возрасте 18–49 лет до 244,6.

Бесплодие – это не болезнь, это симптом многих гинекологических и эндокринных заболеваний. Бесплодие можно вылечить почти всегда. Самое главное – верно поставленный диагноз и правильно выбранная стратегия лечения.

Надеемся, что материалы настоящего номера помогут вам в этом, хотя бы по некоторым вопросам такой многогранной проблемы.

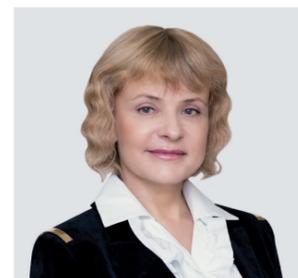
Приглашаем вас к обмену мнениями, обсуждению тем, которые для вас являются наиболее актуальными, и ждем ваших вопросов.

Обратная связь – по адресу электронной почты info@abvpress.ru.

Актуальное интервью

ИППП – основная причина трубно-перитонеального бесплодия

Наибольший удельный вес (до 60–70%) в структуре женского бесплодия принадлежит трубно-перитонеальному фактору. Причины, приводящие к возникновению такой формы бесплодия, могут быть различными. Сегодня мы побеседуем о них с акушером-гинекологом, профессором Татьяной Евгеньевной Белокриницкой. В рамках данной темы обсудим место урогенитального хламидиоза в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также попросим Татьяну Евгеньевну дать рекомендации по поводу терапии заболевания.



Татьяна Евгеньевна БЕЛОКРИНИЦКАЯ

Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России

– Современный этап жизни человеческого общества характеризуется заметным ростом числа заболеваний, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем. С другой стороны, дерматовенерологи отмечают снижение заболеваемости гонореей и сифилисом, инфекциями с давно и хорошо разработанной диагностикой. Татьяна Евгеньевна, скажите, пожалуйста, с какими ИППП врачу-гинекологу приходится сталкиваться на приеме чаще всего?

– В первую очередь это урогенитальная хламидийная инфекция. По оценкам ВОЗ, ежегодно 131 млн человек инфицируются *Chlamydia trachomatis*. При этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

В России заболеваемость хламидийной инфекцией в 2017 году составила 41,3 случая на 100 тыс. населения, однако эта цифра скорее отражает неполную регистрацию заболевания, чем реальные показатели заболеваемости.

– Почему в контексте темы бесплодия у женщин одно из важнейших мест отводится именно урогенитальной хламидийной инфекции?

– Каждый практикующий врач знает, что запущенный хламидиоз и бесплодие часто идут рука об руку, поэтому эта тема очень важна для на-

ших коллег. Однако современная наука требует точной аргументации. Большая доказательная база, сформировавшаяся по этому вопросу, располагает убедительными данными о влиянии хламидийной инфекции на развитие бесплодия у женщин. Согласно данным академика В.Н. Серова, частота хламидийного инфицирования при трубном бесплодии составляет 41–54%. По данным А. Malik и соавт., после однократного инфицирования хламидиями риск трубного бесплодия возрастает на 10%, а после многократного – на 50%. С. Claman и соавт. обнаружили присутствие основного белка наружной мембраны *Chlamydia trachomatis* в ткани фаллопиевых труб женщин с бесплодием и с хроническим сальпингитом, а также с билатеральной окклюзией труб. Известно, что у женщин *Chlamydia trachomatis* также являются причиной развития аутоиммунных процессов, приводящих к трубному бесплодию (S.S. Witkin). При этом наблюдают не только функциональные нарушения репродуктивной функции, но и вовлечение в процесс систем регуляции гомеостаза, иммунокомпетентных клеток.

Вопрос о влиянии инфицирования хламидиями на показатели фертильности мужчин также является очень важным в современной науке, поэтому пла-

нирование брака, бесспорно, касается обоих партнеров и диагностику хламидийной инфекции с целью профилактики бесплодного брака важно проводить как у женщин, так и у мужчин.

– На что следует обращать внимание врачам, которые хотят исключить у пациента заболевание?

– В диагностике данного заболевания имеется целый ряд трудностей. Они связаны как с особенностями биологии хламидий, так и с характером течения инфекционного процесса. Широко распространены бессимптомные формы хламидийной инфекции, которые диагностируются исключительно лабораторными методами. При отсутствии выраженных симптомов заболевания за медицинской помощью женщины обычно не обращаются и являются источником инфицирования своих половых партнеров. Современные лабораторные методы диагностики хламидиоза – это в первую очередь высокочувствительные и специфичные методы амплификации нуклеиновых кислот, а также «золотой стандарт» – выделение возбудителя в культуре клеток McCooy. Хотелось бы напомнить каждому врачу, который будет читать данный материал, что такие скрининговые методы, как прямая иммунофлюоресценция и серологические исследования, в современной

науке признаны недостаточно информативными и малочувствительными.

– Выходит, биологические особенности хламидий значительно ограничивают методологические подходы к их выявлению. Существующие методы лабораторной диагностики сложны и требуют участия в работе квалифицированных специалистов. Чем может быть опасна несвоевременная диагностика хламидийной инфекции?

– Несмотря на зачастую бессимптомное течение, нераспознанная урогенитальная хламидийная инфекция нередко осложняется тяжелыми поражениями маточных труб и эндометрия, последствиями которых являются бесплодие, внематочная беременность, тяжелые воспалительные заболевания органов малого таза. Как известно, *Chlamydia trachomatis*, являясь облигатным внутриклеточным паразитом, вызывает целый ряд заболеваний, среди которых уретрит, цервицит, цистит, вульвовагинит, вестибулит, сальпингоофорит, эндометрит, а также большое количество клинических форм самой разнообразной локализации – от пневмонии до конъюнктивита. Все эти проявления хламидийной инфекции лучше лечить на самой ранней стадии развития.

– Существуют ли стандарты лечения хламидийной инфекции, есть ли универсальная схема терапии, которую может использовать каждый практикующий врач?

– В 2017 году разработаны подробные клинические рекомендации в помощь лечащим врачам, которые содержат исчерпывающую аргументацию в пользу того или иного препарата исходя из уров-

ней достоверности доказательств. Если кратко, то для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы, аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита обосновано назначение доксицилина, азитромицина или джозамицина. Конечно, не стоит забывать и про офлоксацин, который всегда был хорошим альтернативным препаратом.

Для лечения хламидийных инфекций верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других мочеполовых органов аргументировано пероральное назначение тех же антибактериальных препаратов, однако будет отличаться продолжительность курса лечения. Для беременных и детей азитромицин и джозамицин также продемонстрировали клинически доказанную эффективность и безопасность.

Клинические протоколы некоторых зарубежных стран* предусматривают использование других антибиотиков из группы макролидов (кроме азитромицина и джозамицина), например рокситромицина (уровень II, класс B, альтернативный препарат), который входит в перечень основных лекарственных средств (имеющих 100-процентную вероятность назначения) при медикаментозном лечении, оказываемом на амбулаторном уровне, наряду с азитромицином, доксициклином и офлоксацином.

Рокситромицин (Эспарокси®, производится в Германии по стандартам GMP) обладает высокой кислотоустойчивостью, улучшенными фармакокинетическими и микробиологическими параметрами. Препарат имеет широкий спектр действия, включая *Chlamydia*

trachomatis, и применяется в различных областях медицины, в том числе в педиатрии (дети с массой тела более 40 кг).

Этот антибиотик обладает постантибиотическим эффектом и иммуномодулирующей активностью, высокой комплаентностью и хорошей переносимостью, минимальным количеством побочных эффектов и не вызывает фотодерматоза. В исследовании J. Schouwenburg и соавт. была показана эффективность рокситромицина в отношении *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma hominis*, сопоставимая с доксициклином.

– Какие существуют критерии эффективности элиминации возбудителя хламидийной инфекции из организма после проведенного лечения?

– Установление излеченности хламидийной инфекции на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат и считаются излеченными.

– Татьяна Евгеньевна, в заключение ответьте, пожалуйста, как связана тема женского бесплодия, вызванного ИППП, с социально-демографическими проблемами нашей страны?

– Важными в медико-социальном и демографическом аспектах представляются два момента. Во-первых, у женщин в возрасте до 25 лет наблюдаются наиболее высокие показатели заболевае-

мости. Так, по данным исследователей из США (2017), в возрасте 16–24 лет их насчитывается более 7 тыс. на 100 000 женского населения (для сравнения: в возрасте 25–29 лет – немногим более 1,7 тыс.), а это значит, что они находятся в группе высокого риска по развитию ВЗОМТ и бесплодия.

Наше исследование показало, что 20% женщин в возрасте 18–25 лет (n = 1225), проживающих в Забайкальском крае, страдают бесплодием (расчет проводился по методике и критериям ВОЗ). Во-вторых, многие пациентки с бесплодием не планируют беременность в принципе. По результатам анкетирования, которое мы проводили, установлено, что 85% из числа фертильных женщин не планировали беременность в ближайшее время, а значит, и не занимались вопросами лечения бесплодия, что обусловлено более молодым возрастом женщин, включенных в эпидемиологическое исследование, и их стремлением получить образование и сделать карьеру. При этом 53% из них имели туберно-перитонеальный фактор, то есть бесплодие было обусловлено воспалительными заболеваниями, перенесенными в прошлом, порой с необратимыми последствиями.

Многочисленные зарубежные авторы также свидетельствуют о том, что современные женщины откладывают первое деторождение на более поздний период и ввиду этого к своему нынешнему здоровью относятся халатно, не проходят регулярные профосмотры и не заинтересованы в ранней диагностике ИППП, что чревато серьезными осложнениями для женского здоровья.

Беседовала Катерина Яркова

*Клинический протокол МЗ Республики Казахстан «Хламидийная инфекция» (2014 г.)



**Иновации
для качества жизни**

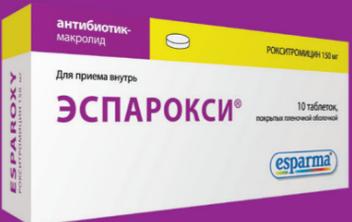


ФОСФОМИЦИН ЭСПАРМА

При остром неосложненном цистите

- Короткий курс лечения: всего 1 пакетик
- Детям с 12 лет





ЭСПАРОКСИ®

Лечение инфекций мочеполовой системы

- Активен в отношении внутриклеточных возбудителей

КЛОТРИМАЗОЛ 2%

Крем для лечения вульвовагинального кандидоза

- Не оказывает влияния на лактобактерии
- Гигиенические аппликаторы для введения в комплекте



Рег. уд. № ЛП-003099 от 20.07.2015
Рег. уд. № ЛСР-010986/09 от 31.12.2009
Рег. уд. № ЛП-004092 от 23.01.2017
Реклама

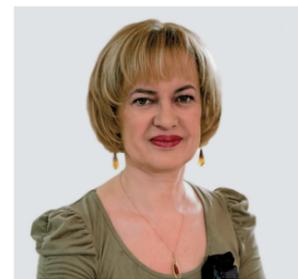


www.esparma-gmbh.ru

Представительство фирмы «Эспарма ГмБХ» в России:
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 706
тел.: +7 (499) 579-33-70

«Почему я?» И еще миллионы женщин... Избыточный вес снижает фертильность

Ожирение перешагнуло границы медицинской практики и стало социальной проблемой, затрагивающей все большее число людей. Всемирная организация здравоохранения сообщает, что в мире лишний вес наблюдается у 1,9 млрд взрослого населения, у 600 млн из них диагностировано ожирение. В России 50 % населения имеют избыточную массу тела и у 30 % этот избыток соответствует ожирению.



**Ирина Всеволодовна
КУЗНЕЦОВА**

Д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

Пациенты с ожирением часто встречаются в гинекологической практике. Это неудивительно: жировая ткань синтезирует большое количество биологически активных веществ и ее избыток приводит к эндокринно-обменным нарушениям, которые отражаются на функциях репродуктивной системы.

Ожирение развивается в результате нарушения баланса потребления и затрат энергии, что чаще всего связано с неправильным образом жизни, включающим нерациональное питание, малоподвижность, высокие стрессовые нагрузки, дефицит сна и др.

Выделяют два типа распределения избыточного жира. Мужской, или абдоминальный (висцеральный), тип связан с накоплением жира внутри тела, что внешне проявляется увеличением окружности талии. Женский тип ожирения выглядит как увеличение окружности бедер и в большей степени зависит от разрастания жировой ткани в подкожной клетчатке.

Адиipoциты висцерального жира биологически гораздо активнее клеток подкожной жировой клетчатки, они продуцируют стероидные гормоны и большое число собственных гормонов и факторов роста, называемых адипокинами. Нарушение эндокринной функции жировой ткани при ее избыточном разрастании может снижать фертильность у женщин, страдающих ожирением. Описано несколько механизмов этой ассоциации.

Лептин продуцируется адипоцитами и, кроме регуляции аппетита, «сообщает» гипоталамусу о достаточном запасе энергии. На основании этого сигнала гипоталамус «дает разрешение» на активизацию репродуктивной системы – половое созревание, формирование менструального цикла и возможность зачатия.

Повышенное содержание лептина в крови часто встречается у людей с ожирением и объясняется резистентностью тканей, в том числе центральной нервной системы, к гормону. Гиперлептинемия тесно связана с резистентностью к инсулину и опосредованно влияет на нарушение овуляции, что особенно актуально для пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Также избыточная секреция лептина и фактора некроза опухоли α (ФНО-α) может приводить к снижению секреции эстрогенов.

Адипонектин. При ожирении падает уровень продукции другого адипокина – адипонектина. Адипонектин усиливает чувствительность тканей к инсулину, обеспечивая нормальную передачу гормонального сигнала на пострецепторном этапе. Соответственно, снижение адипонектина сопряжено с ростом инсулинорезистентности.

Биохимическая реакция, которую обеспечивает адипонектин, – фосфорилирование тирозина – играет важную роль в передаче сигнала лютеинизирующего гормона (ЛГ). При дефиците адипонектина тирозин-фосфорилирование подменяется серин-фосфорилированием, что усиливает сигнал ЛГ и увеличивает андрогенный биосинтез. Данный механизм заложен в патогенез СПКЯ.

ФНО-α и интерлейкин-6. Жировая ткань синтезирует цитокины – медиаторы воспаления, играющие важную роль в фолликулогенезе, овуляции и имплантации. Ожирение связано с увеличением синтеза цитокинов, и создаваемый им провоспалительный статус существенно влияет на перечисленные процессы, снижая фертильность.

Грелин – гормон желудочно-кишечного тракта, который контролирует пищевое поведение и энергетическую саморегуляцию.

При недостаточном поступлении питательных веществ и голодании увеличение продукции грелина играет роль сигнала о неподходящих условиях для зачатия. Нарушение секреции или действия грелина может привести к бесплодию и ранним выкидышам.

«ВИНОВАТЫ» ГОРМОНЫ

Нарушение менструального цикла обычно связано с висцеральным ожирением, которое характеризуется инсулинорезистентностью и гормональным дисбалансом, включая гиперинсулинемию.

Жировая ткань способна не только накапливать, но и синтезировать и конвертировать гормоны, причем подкожный жир осуществляет исключительно конверсию андрогенов в эстрогены, а висцеральный жир обладает возможностью самостоятельно синтезировать андрогены.

В большинстве исследований были получены данные о том, что у тучных женщин с регулярным менструальным циклом не выявляется существенных отклонений в концентрациях гормонов. Однако при абдоминальном типе ожирения уровни андрогенов у них все-таки несколько повышены по сравнению с женщинами, имеющими нормальную массу тела.

Изменения гормонального баланса при ожирении могут приводить к нарушениям овуляторной функции яичников, что влечет за собой расстройство менструального цикла, бесплодие и риск гиперпластических процессов эндометрия.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИНСУЛИНА: ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Гормональный дисбаланс развивается в том числе в результате нарушения

выработки глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ). Чем больше инсулина в плазме крови, тем ниже продукция ГСПГ. Одновременно при гиперинсулинемии увеличивается синтез андрогенов, а гиперандрогенемия, в свою очередь, провоцирует висцеральное распределение жира, усугубляя резистентность к инсулину.

Кроме продукции ГСПГ при избытке инсулина в кровотоке в печени снижается выработка протеинов, связывающих инсулиноподобные факторы роста (ИФР), что приводит к росту биологической активности ИФР-1 и дальнейшему повышению андрогенного биосинтеза.

Описанные явления ассоциированы со снижением фертильности в прямой зависимости от степени избытка веса. Вероятность зачатия у женщин, страдающих ожирением, падает со скоростью 4% на каждую следующую единицу индекса массы тела (ИМТ – вес в килограммах, разделенный на рост в метрах, возведенный в квадрат).

чувство насыщения. Кроме того, у сибутрамина имеются такие положительные свойства, как потенцирование эффектов лептина и инсулина.

Сибутрамин применяется в комплексе подготовки к беременности у женщин с ожирением. При снижении веса на фоне терапии в течение 3–6 месяцев у пациенток приходит в норму липидный спектр крови, нормализуется менструальный цикл, более чем у трети женщин появляется спонтанная овуляция. У женщин с ожирением и СПКЯ за полгода приема сибутрамина статистически значимо (по сравнению с применением метода коррекции образа жизни) снижаются масса тела и уровни андрогенов, улучшается чувствительность к инсулину. Снижение веса в процессе подготовки к беременности помогает снизить риск ее осложнений, в том числе самопроизвольного выкидыша.

У женщин, страдающих СПКЯ, одна лишь коррекция веса с помощью сибутрамина не всегда эффективна. Рези-

ЧЕМ ОПАСНО ОЖИРЕНИЕ?

- Ожирение может быть причиной бесплодия, невынашивания беременности.
- Резистентность эмбриона к инсулину способна приводить к выкидышу.
- Беременность у больных ожирением протекает сложно и чаще заканчивается операцией.
- У детей, страдающих ожирением, выше риск аномального развития.

КАК БОРОТЬСЯ С ЛИШНИМ ВЕСОМ

Поскольку лишний вес не только снижает способность к зачатию, но и серьезно повышает риск осложнений беременности, перед ее планированием следует избавиться от лишних килограммов – снизить вес примерно на 15 % от исходного показателя. Именно такая редукция веса достоверно улучшает параметры метаболизма.

Изменение образа жизни и уменьшение потребления калорий не всегда приводят к уменьшению веса. Это обусловлено сложностями в преодолении устойчивых нарушений метаболизма, регуляции обменных процессов и пищевого поведения. Совершенно очевидно, что придерживаться диеты и сохранять полученный по коррекции веса результат невозможно без дополнительной поддержки – как периферической (активизация процессов метаболизма, сжигающая жир), так и центральной (снижение аппетита).

ЧТО ПРЕДЛАГАЕТ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК?

Выбор лекарств, способных повлиять на массу тела, невелик. В России имеются препараты сибутрамина, ингибитора обратного захвата нейротрансмиттеров головного мозга, регулирующих настроение и аппетит. Благодаря приему этого средства у пациентов появляется

стентность к инсулину и гиперандрогенемия требуют дополнительного назначения метформина. Метформин уменьшает секрецию андрогенов и тем самым способствует восстановлению овуляции. Его применение считают методом «первой линии» стимуляции яичников у женщин с нормогонадотропной формой овуляторной дисфункции.

По результатам рандомизированных контролируемых исследований, метформин снижает риск самопроизвольного выкидыша, гестационного диабета и преждевременных родов у беременных с СПКЯ. Однако в инструкции по применению лекарственного средства содержится запрет на использование во время беременности, поэтому в рутинной практике метформин назначают только на этапе подготовки женщины к зачатию.

Итак, негативное влияние ожирения на фертильность может быть преодолено. Прием сибутрамина у женщин с ожирением, дополнительное назначение метформина больным СПКЯ решает задачу создания оптимальных условий для зачатия. Все мероприятия по стимуляции овуляции, если не произошло ее спонтанного восстановления, следует проводить после снижения веса на 15 % от исходного уровня и коррекции метаболических параметров.



**Вера Маратовна
ГУРЬЕВА**

Д.м.н., ведущий научный сотрудник МОНИИАГ, заслуженный деятель науки Московской области, врач высшей квалификационной категории по специальности «акушерство и гинекология»

Новый подход к снижению частоты кесаревых сечений

В последние 10 лет женщины все чаще рожают путем кесарева сечения. Рост числа таких операций создает целый ряд проблем: увеличивается количество хирургических осложнений, повышается стоимость медицинской помощи при родах и снижается репродуктивный потенциал матери. Поэтому поиск путей снижения частоты кесаревых сечений находится в фокусе внимания современного акушерства. Неожиданным подходом к решению этой проблемы является модификация образа жизни женщины, а именно – увеличение степени ее двигательной активности на протяжении беременности.

Физическая активность на всех этапах жизни человека – от раннего детства до старости – имеет огромное значение, поскольку поддерживает и улучшает состояние сердечно-сосудистой системы, снижает риск ожирения и сопутствующих ему заболеваний, приводит к увеличению продолжительности жизни. Понимание этого важнейшего фактора оптимального здоровья находит отражение в современном обществе. Во многих странах разрабатываются и внедряются национальные рекомендации по двигательной активности для населения, в результате чего увеличивается количество людей, включающих различные формы физической активности в свой ежедневный график.

А что же во время беременности? Можно предположить, что физическая активность в этот период жизни женщины может быть полезна по самым различным причинам – например, позволит лучше контролировать прибавку веса и снизить частоту гестационного диабета. В последние годы опубликовано немало работ, посвященных влиянию двигательной активности на исход беременности для матери и плода, однако мнения авторов по этим вопросам противоречивы.

Так, в публикациях Cremona A., O’Gorman C. и соавт. (2018) и Nguyen C.L., Pham N.M. (2018) показано, что среди активных беременных частота гестационного диабета снижается, а метаобзор Han S. и соавт. (2012 г.), напротив, не показал такой взаимосвязи. Нет единого мнения и о том, зависит ли от физической активности гестационная прибавка веса. В ряде

работ показано статистически достоверное снижение гестационной прибавки у активных женщин (Mottola M.F., 2010; Shirazian T., 2010; Vinter C.A., 2011); другими авторами, напротив, такого эффекта не обнаружено (Guelinckx I., 2010; Juhl M., 2008; Phelan S., 2011).

Однако есть один эффект двигательной активности при беременности, который отмечен буквально во всех публикациях, – снижение частоты кесарева сечения у активных женщин по сравнению с ведущими малоподвижный образ жизни.

В рандомизированном исследовании Ram rez-V lez R. и соавт. (2017) показано снижение частоты абдоминального родоразрешения у активных женщин более чем в 2 раза, а в аналогичном исследовании Price V.B. (2012) – с 32,2 до 6,4%. Систематический метаанализ Domejz I. (2014), охвативший 16 исследований, позволил авторам сделать вывод, что физическая активность во время беременности позволяет почти в 2 раза снизить вероятность родоразрешения абдоминальным путем. Такие же выводы сделаны в публикациях Barakat R. (2012), Pennick V. (2013).

Примерно 30% беременных женщин следуют федеральным рекомендациям по физической активности в США (Tinloy J., 2014), и среди них отмечен более низкий процент кесарева сечения. Авторы подчеркивают, что активность от 150 минут в неделю и выше достоверно позволяет снизить частоту кесарева сечения у первородящих с 30–31% до 24,6%.

Для практики очень важно снижение процента кесаревых сечений именно при первых родах, и этот эффект физической активности именно у перво-

родящих на большом статистическом материале (более 39 тыс. беременных) отмечает Owe K.M. (2016).

Очень интересно, что физическая активность при беременности снижает частоту абдоминального родоразрешения даже у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. В работе Qi X.Y. (2018) оценивалась взаимосвязь между физической активностью беременной и возможностью вагинальных родов при наличии рубца на матке после предыдущего кесарева сечения. Авторы обнаружили, что беременные с рубцом на матке после кесарева сечения, имевшие более 150 минут активных упражнений в неделю, в 70,7% наблюдений родили через естественные родовые пути!

Каким образом можно объяснить такой эффект активности? Возможно, имеет значение уменьшение размеров плода у активных женщин. Целый ряд исследований (Juhl M., 2010; Bisson M., 2017; Haakstad L.A., 2011) показал, что масса новорожденного у активных женщин несколько меньше (примерно на 150–400 г), чем у малоподвижных беременных. Однако не во всех работах отмечен такой эффект, и разница в весе не столь велика, чтобы явиться основной причиной кесарева сечения.

Более правдоподобным выглядит объяснение, что у активных женщин улучшается мышечный тонус, причем не только поперечно-полосатой скелетной мускулатуры, но и гладких мышц, в первую очередь миометрия. Оптимизация кровообращения органов малого таза, которая имеет место при рациональной двигательной активности, обеспечивает хорошую выработку фе-

топлацентарных гормонов и рецепцию к ним, поэтому начало родовой деятельности происходит самопроизвольно, в оптимальные сроки, и течение родового акта проходит без осложнений. Без сомнения, необходимы дальнейшие исследования, позволяющие раскрыть механизмы такого улучшения. Но факт остается фактом: двигательно активные беременные рожают гораздо лучше, чем ведущие малоподвижный образ жизни, причем это справедливо и для беременных с оперированной маткой.

Однако наши рутинные назначения беременным не включают рекомендации по двигательной активности. Прежде всего это связано с тем, что существует устоявшееся мнение, что физическая активность может спровоцировать преждевременные роды или самопроизвольный выкидыш до 22 недель. Так ли это? Может ли физическая активность приводить к потере беременности в ранние сроки?

Ответ на этот вопрос дает когортное исследование Madsen M., Jorgensen T., Jensen M.L. и соавт., которое было проведено в Дании и охватило 92 671 беременную женщину (2007). В рамках его был оценен риск самопроизвольного выкидыша в зависимости от объема и вида физической активности. Установлено, что физическая активность до 270 минут в неделю не увеличивает риск самопроизвольного выкидыша, риск потери беременности возрастает в 1,7 раза при нагрузке от 270 до 420 минут в неделю и снижается в 2 раза при нагрузке более 420 минут в неделю. Эта зависимость отмечалась на более ранних сроках беременности, после 18 недель никакой объем

Новости

10 главных угроз здоровью человечества в 2019 году

В этом году стартует новая 5-летняя программа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), направленная на борьбу с основными угрозами здоровью людей. Что же вызывает наибольшую обеспокоенность у экспертов и требует самых решительных мер?

- 1 Загрязнение воздуха.** Микроскопические частицы проникают в дыхательную и кровеносную системы человека, повреждая легкие, сердце и мозг. По этой причине ежегодно умирают 7 млн человек. Около 90% этих смертей приходится на страны с высоким уровнем выбросов от промышленности и транспорта.
- 2 Неинфекционные заболевания,** такие как диабет, болезни сердца, злокачественные опухоли, в совокупности уносят жизни 41 млн человек, 15 млн из которых в возрасте от 30 до 69 лет.
- 3 Очередная пандемия гриппа** ожидается в нынешнем году. Правда, когда и с какой силой она начнется, пока неизвестно.

- 4 Тяжелые условия жизни.** По оценкам ВОЗ, 1,6 млрд людей, или 22% населения планеты, страдают от засухи, голода или военных действий и лишены доступа к квалифицированной медицинской помощи.
- 5 Растущая устойчивость бактерий к антибиотикам** и антибактериальным препаратам может вернуть нас в те времена, когда медицина была бессильна перед такими инфекционными заболеваниями, как пневмония, туберкулез, гонорея и сальмонеллез.
- 6 Эбола, Зика, Нипах** и другие малоизученные вирусы способны приводить к чрезвычайным ситуациям в густонаселенных районах, поскольку против этих возбудителей пока нет прививок и нет проверенных методов их лечения.

- 7 Отсутствие системы первичной медицинской помощи,** характерное для многих бедных стран.
- 8 Массовый отказ от прививок,** наблюдаемый в последние годы во многих странах, грозит вспышками болезней, о которых мы почти забыли. В качестве примера приводится корь, заболеваемость которой выросла почти на 30%. В настоящее время вакцинация помогает предотвратить до 3 млн смертей в год. Если же вакцинировать еще больше людей, то можно будет спасти еще 1,5 млн жизней.
- 9 Лихорадка денге,** вызываемая укусами комаров и распространенная в странах с тропическим климатом, в 20% случаев заканчивается летальным исходом. В 2018 году смертность от этой болезни достигла самых высоких показателей за 20 лет.
- 10 ВИЧ.** Несмотря на значительный прогресс в борьбе с этой инфекцией, от СПИДа ежегодно умирают около 1 млн человек.

активности не приводил к риску выкидыша. Риск спонтанного выкидыша был больше в 3–4 раза при определенных видах активности (high-impact activity – «активность, сопровождающаяся ударной нагрузкой»): прыжках, игровых и контактных видах спорта и единоборствах.

Среди результатов этого исследования обращает на себя внимание тот факт, что после 18 недель, т. е. после завершения периода плацентации, никакие нагрузки уже не приводят к прерыванию беременности, а также то, что при умеренном объеме двигательной нагрузки (до 270 минут в неделю) риск потери беременности не повышается.

Каково влияние физической активности на частоту преждевременных родов, изучено в популяционном исследовании Owe K.M. и соавт, которое включило в себя более 61 тыс. беременных (2012). Авторами обнаружено, что на фоне регулярной физической активности частота преждевременных родов не только не увеличивается, но, напротив, снижается примерно на 30%! Авторы объясняют этот эффект улучшением функционирования плаценты за счет ее лучшей васкуляризации и кровоснабжения, а также снижением оксидативного стресса. Аналогичный результат в виде снижения риска преждевременных родов на 30–40% у активных беременных получен в других когортных исследованиях (Juhl M., 2008; Evenson K.R., 2002).

Таким образом, в настоящее время существует много убедительных данных о том, что двигательная активность во время беременности дает гораздо больше плюсов, чем минусов, и наши опасения о возможной потере беременности или развитии преждевременных родов сильно преувеличены.

Необходимо отметить, что период беременности является идеальным моментом для изменения поведения и модификации образа жизни из-за повышенной мотивации пациентки и постоянного медицинского наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Какие же формы двигательной активности целесообразны во время беременности? Рекомендации ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) от 2015 г. включают аэробные и силовые упражнения, причем как в период перед зачатием, так и во время и после беременности. Нужно понимать, что необходима некоторая адаптация многих форм активности в связи с физиологическими и анатомическими изменениями в организме беременной, особенно во второй половине гестации.

Что можно рекомендовать (и что не нужно рекомендовать) в практической деятельности акушера-гинеколога?

Виды нагрузки:

- аэробная – ходьба, скандинавская ходьба, плавание в бассейне, беговые лыжи, велотренажер;
- йога или пилатес в модифицированной форме (с исключением упражнений, затрудняющих венозный возврат к сердцу);
- силовые тренировки, направленные на укрепление мышц корпуса и конечностей.

Объем активности: 150–270 минут в неделю. Предпочтительно, чтобы эта деятельность была равномерно распределена по дням недели (т. е. ежедневно не менее 25–35 минут).

Интенсивность: 65–75% от ЧСС_{max}. ЧСС_{max} рассчитывается следующим образом: ЧСС_{max} = 220 – возраст. Также интенсивность может быть оценена «разговорным» тестом: пока беремен-

ная во время упражнения в состоянии вести разговор, вероятнее всего, она не перенапрягает себя.

Не рекомендуются во время беременности: травмоопасные виды активности (катание на горных лыжах, сноуборде, роликовых коньках, водные лыжи, серфинг, езда на велосипеде по бездорожью, катание на лошадах), контактные и игровые виды спорта (например, хоккей, бокс, единоборства, футбол и баскетбол, теннис), прыжки, подводное плавание с аквалангом.

Физическая активность должна быть прекращена при следующих симптомах:

- появление кровянистых выделений из половых путей;
- болезненные сокращения матки;
- подтекание околоплодных вод;
- головокружение;
- головная боль;
- чувство сильного утомления;
- одышка перед началом активности.

Абсолютные противопоказания к физической активности во время беременности:

- гемодинамически значимые заболевания сердца (сердечная недостаточность II функционального класса и выше);
- легочная гипертензия;
- истмико-цервикальная недостаточность или швы на шейке матки;
- многоплодная беременность с риском преждевременных родов;
- эпизоды кровянистых выделений во втором или третьем триместре;
- предлежание плаценты после 26 недель беременности;
- подтекание околоплодных вод;
- преэклампсия или гестационная артериальная гипертензия;
- тяжелая анемия (Hb < 80 г/л).

Состояния, при которых вопрос о назначении физической активности, ее виде и объеме решается **индивидуально**:

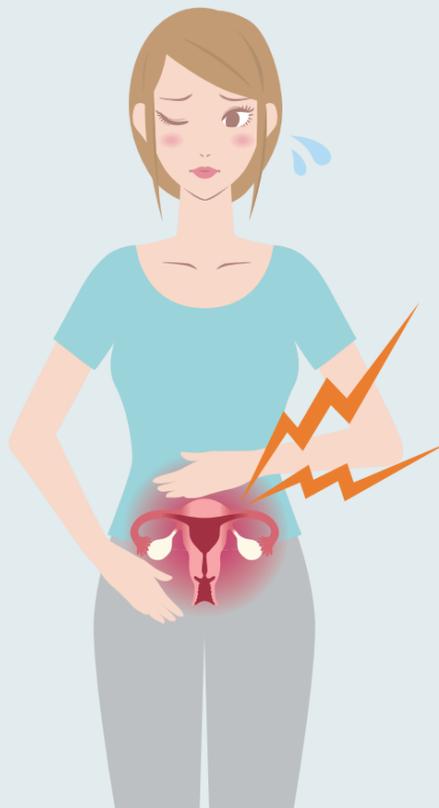
- анемия средней степени;
- клинически значимые нарушения сердечного ритма;
- хронические obstructивные заболевания легких;
- декомпенсированный сахарный диабет 1-го типа;
- морбидное ожирение высокой степени (BMI > 50);
- чрезвычайно низкий вес (ИМТ менее 12);
- крайне малоподвижный образ жизни;
- задержка роста плода при данной беременности;
- плохо контролируемая хроническая артериальная гипертензия;
- ортопедические ограничения;
- плохо контролируемая эпилепсия;
- декомпенсированный тиреотоксикоз;
- курение более 20 сигарет в сутки.

Таким образом, в настоящее время существует много убедительных данных о том, что физическая активность во время беременности имеет минимальный риск и приносит пользу большинству женщин. Именно модификация образа жизни при беременности в виде рациональной двигательной активности может стать эффективной стратегией, направленной на снижение количества оперативных родов, в том числе у первородящих и у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.

Поэтому рекомендации по двигательной активности должны быть неотъемлемой частью наших рутинных рекомендаций беременной женщине. Необходима разработка российских национальных рекомендаций по двигательной активности во время беременности с возможностью персонализированного подхода, с учетом противопоказаний и образа жизни беременной.

Миома матки и бесплодие

Миома матки — одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей женской половой сферы, которая возникает у 20–40 % женщин детородного возраста. Однако, несмотря на столь высокую распространенность, ее влияние на репродуктивные функции остается еще недостаточно изученным. Какими данными на сегодняшний день располагает медицинская наука и какой тактики следует придерживаться практикующему врачу? Об этом говорится в принятых в 2015 году клинических рекомендациях «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация», выдержки из которых мы приводим ниже.



Локализация миомы матки бывает самой разнообразной. Наиболее часто диагностируют субсерозное и межмышечное (интрамуральное) расположение миоматозных узлов, количество которых может достигать 25 и более, а размеры – значительно увеличиваться. Подслизистое (субмукозное) расположение узлов наблюдают реже, но оно сопровождается более яркой клинической картиной.

Имеются убедительные данные о негативном влиянии миомы матки с субмукозным расположением узла на исход экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Так, частота наступления беременности у этих больных снижена почти в 4 раза по сравнению с пациентками, у которых нет миомы, частота имплантации снижена соответственно в 2 раза, а самопроизвольные аборт при субмукозной миоме случаются чаще более чем в 4 раза.

Однако при интрамуральной локализации миомы получены противоречивые данные о снижении частоты не только имплантации, но и наступления беременности после ЭКО. Доказано снижение частоты наступления беременности (на 40%), родов (на 49%) в трех попытках ЭКО/ИКСИ у больных с интрамуральной формой миомы матки (322 больных) по сравнению с теми, у которых нет миомы матки (112 больных). Существует и противоположное мнение, согласно которому частота беременности и родов после ЭКО у больных с интрамуральной и субсерозной формой миомы матки (средний диаметр узлов в исследовании составил не более 5 см) не отличается от частоты беременности у пациенток, у которых миомы матки нет.

Интрамуральные миомы больших размеров (более 4–5 см) негативно влияют на частоту наступления беременности и должны быть удалены перед ЭКО. Однако если удаление миомы более 5 см перед ЭКО признано, то у женщин, ожидающих наступления спонтанной беременности, систематически удалять такие миомы не следует, так как существует риск формирования спаек после миомэктомии и, как следствие, развития трубно-перитонеального бесплодия.

ЭКО ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Влияние предшествующей миомэктомии на результативность ЭКО спорно. Если даже миома матки напрямую не влияет на беременность (по данным многих исследователей), то само по себе наличие миомы может негативно воздействовать на вынашивание и роды в связи с разнообразием вызываемых осложнений.

Безусловно, если у пациентки проведена миомэктомия субмукозного узла перед ЭКО, это благоприятно сказывается на имплантации эмбриона, течении беременности и родов.

Если же у пациентки, планирующей ЭКО, диагностирована миома интерстициальной или субсерозной локализации, то, с одной стороны, удаление миомы будет способствовать неизбежному формированию рубца в миометрии, что может привести к самопроизвольному выкидышу. С другой стороны, отсутствие опухолевидных образований в матке при беременности снижает риск осложнений беременности и родов. Таким образом, показания к миомэктомии интрамуральных и субсерозных узлов у пациенток, планирующих ЭКО, должны быть расширены.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Частота наступления самопроизвольной беременности у пациенток, перенесших миомэктомию, варьирует от 45 до 61%. Данный показатель зависит от размеров, количества и локализации узлов, а также от выбранного доступа оперативного вмешательства.

Нет убедительных доказательств того, что миомэктомия увеличивает риск прерывания беременности. Наоборот, некоторые исследователи указывают на тот факт, что частота самопроизвольных выкидышей после миомэктомии снижается с 41 до 19%.

Течение беременности и родов после миомэктомии сравнимо с течением беременности и родов у пациенток, не имеющих заболевания матки.



Владимир Александрович БОЖЕДОМОВ

Д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», ведущий научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени акад. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, научный руководитель по андрологии и репродукции ФГБУ «Поликлиника № 3» Управления делами президента РФ

Субфертильность у мужчин

Антиоксидантная терапия – ключ к лечению идиопатического мужского бесплодия

В настоящий момент статистика неразвивающейся беременности, а также ненаступления желанной беременности, несмотря на все усилия женщин и акушеров-гинекологов, свидетельствует о том, что пора взглянуть на эту проблему с другой стороны. Сегодня мы побеседуем с Владимиром Александровичем Божедомовым, доктором медицинских наук, профессором кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, ведущим научным сотрудником Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени акад. В.И. Кулакова, на тему патогенеза прогрессирующего мужского бесплодия. Мы постараемся выяснить, какими ресурсами обладает современная андрологическая лаборатория и на что нужно обращать внимание урологу-андрологу при назначении терапевтических и профилактических средств в различных клинических ситуациях.

– Владимир Александрович, расскажите, пожалуйста, какие в настоящее время существуют причины нарушения мужской фертильности? На какие группы их можно условно разделить?

– Мужское бесплодие – многофакторный синдром, включающий широкий спектр нарушений, затрагивающих как половую, так и другие системы организма: эндокринную, нервную, кровеносную, иммунную.

Этиопатогенетические факторы можно условно разделить на генетические изменения в сперматозоидах (точечные мутации, полиморфизмы, приобретенные повреждения ДНК, нарушения пространственной структуры хроматина), варикоцеле, инфекционно-воспалительные процессы, системные заболевания (диабет, ХПН и др.), факторы образа жизни (курение, перегревание, репротоксиканты, ожирение и другие нарушения питания).

Согласно рекомендациям ВОЗ выделяют 16 основных нозологий, каждая из которых включает до нескольких десятков конкретных патогенетических факторов; 4 из 16 диагнозов являются описательными, без указания истинной причины: идиопатическая олиго-, астено-, терато- и азооспермия. Большая часть «идиопатических» форм на самом деле генетически обусловлены и связаны с мутациями и полиморфизмом многих генов. Довольно широк перечень факторов внешней среды, влияющих на сперму. Мы с рядом соавторов исследовали причины мужского бесплодия и выявили, что в РФ по сравнению с зарубежными странами преобладающие этиологические факторы существенно разнятся.

– Какие возможности дает лабораторная диагностика для выявления

Данные о распространенности основных причин мужского бесплодия

Причина бесплодия	WHO, 2000 (n = 7053)	E. Nieschlag, H.M. Behre, eds., 2010 (n = 12 945)	V.A. Божедомов и соавт., 2012 (n = 3816)
Сексуальные дисфункции	1,7	2,4	0,3
Инфекционно-воспалительные заболевания	6,6	9,3	19,1
Врожденные аномалии развития (гермафродитизм, крипторхизм и др.)	2,1	11,2	5,2
Неблагоприятные факторы среды	2,6	–	4,0
Варикоцеле	12,3	14,8	3,3
Эндокринные нарушения	0,6	10,1	5,5
Иммунологический фактор	3,1	3,9	12,3
Другие ненормальности	3,0	8,5	5,0
Идиопатические нарушения	75,1	30,0	33,8

причин мужского бесплодия? А самое главное, как практикующему врачу верно интерпретировать результаты в условиях постоянно меняющихся норм, которые диктует ВОЗ?

– Современная андрологическая лаборатория должна выполнять различные спермиологические исследования и тесты на взаимодействие с цервикальной слизью, определение половых гормонов (ФСГ, тестостерон, ингибин В и др.), микробиологические и молекулярно-биологические исследования на различные инфекции, генетические исследования (кариотип, AZF и др.) и ряд других. Исследования спермы должны выполняться в соответствии с требованиями «Руководства ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека» в последней, пятой, редакции 2010 года. Стан-

дартные тесты включают определение объема и pH эякулята, концентрации и типов подвижности сперматозоидов, их морфологии, содержания лейкоцитов, антиспермальных антител и ряда других параметров.

К дополнительным тестам относится компьютерное определение особенностей подвижности сперматозоидов, индекса тератозооспермии, биохимических маркеров дополнительных половых желез, проникновения сперматозоидов в цервикальную слизь.

Методы оценки оксидативного стресса, повреждений ДНК, акросомной реакции, способности проникать в ооциты являются ключевыми для оценки функции сперматозоидов, поскольку в последние годы стало ясно, что для зачатия и успешного развития беремен-

ности важно не столько количество, сколько качество сперматозоидов.

Морфология сперматозоидов должна оцениваться после специальной окраски по Папаниколау. По строгим критериям (Kruger) необходимо не менее 4% нормальных сперматозоидов. При окрашивании готовыми коммерческими красками по упрощенному протоколу требуется не менее 14% нормальных сперматозоидов.

К сожалению, многие лаборатории, особенно сетевые, грешат небрежностью и неточностью выполнения спермиологических исследований. Причина – отсутствие необходимой квалификации врачей-лаборантов и достаточного опыта. Неправильно сделанные анализы приводят к ошибкам в диагнозе и, как следствие, последующему не-

Новости

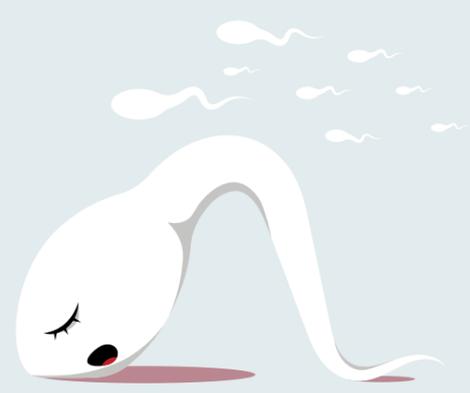
Качество спермы снизилось

Проведенные исследователями Иерусалимского университета и клиники «Маунт Синай» (Mount Sinai) системный обзор и метаанализ данных, собранных с 1973 по 2011 г., показали: концентрация спермы у мужчин стран Запада за этот период снизилась более чем на 50%, что свидетельствует о значительном ухудшении их репродуктивного здоровья. По словам авторов, изучение причин ухудшения качества спермы и возможностей его предотвращения является неотложной задачей.

Ученые осуществили скрининг 7500 исследований и применили метод метарегрессии для анализа 185 работ, проведенных в указан-

ный период. Согласно результатам анализа, концентрация спермы у мужчин Северной Америки, Европы, Австралии и Новой Зеландии, отобранных независимо от уровня фертильности, уменьшилась на 52,4%, а общее количество сперматозоидов – на 59,3%.

В рамках своей работы авторы не изучали причины наблюдаемого снижения, однако в более ранних исследованиях была выявлена достоверная взаимосвязь между клеточностью спермы и факторами окружающей среды и образа жизни, в том числе воздействием химических соединений в период перинатального развития, а также пестицидов, курения, стресса и ожирения во взрослом возрасте.



НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМОГРАММЫ (ВОЗ, 2010)

- Объем одной порции эякулята – не меньше 1,5 мл
- Количество сперматозоидов в одной порции – от 39 млн
- Концентрация клеток на 1 мл эякулята – не менее 15 млн
- Общая подвижность сперматозоидов – не менее 40 %

адекватному лечению. Поэтому спермиологические исследования должны выполняться в специализированных андрологических лабораториях.

– **Все чаще в научной литературе говорится о ДНК-фрагментации сперматозоидов. В чем заключается ее роль в нарушении мужской фертильности?**

– Фрагментация ДНК – это повреждение ДНК сперматозоидов в виде разрывов нити ДНК. Одноцепочечные разрывы приводят к нарушению копирования ДНК, разрывы одновременно двух цепей могут приводить к делециям – утрате части хромосом. Из множества предполагаемых на сегодняшний день причин, вызывающих нарушения функции сперматозоидов, повреждение ядерной ДНК – наиболее изученная и все более признаваемая в качестве ключевого фактора, влияющего на качество эмбриона, его развитие и имплантацию. Дефектные сперматозоиды, содержащие поврежденную ДНК, сохраняют способность к оплодотворению. Однако с такими повреждениями ДНК связаны некоторые формы бесплодия, например идиопатическое бесплодие, повторяющиеся неудачи внутриматочной инсеминации (ВМИ) и ЭКО, привычные выкидыши. Более того, с повреждениями ДНК спермы связан повышенный риск раковых заболеваний и передающихся дефектов у потомства.

Риск разрывов ДНК зависит от правильности упаковки (конденсации) хроматина, что определяется соотношением между хромосомными белками гистонами и протаминами. Уменьшение количества протаминов повышает риск фрагментации ДНК под влиянием любых внешних факторов. Например, при действии активных форм кислорода, вызывающих оксидативный стресс сперматозоидов.

– **Выходит, оксидативный стресс играет значимую роль в мужской фертильности? Расскажите, пожалуйста, о нем более подробно.**

– Оксидативный стресс (ОС) – это избыточная продукция активных форм кислорода: супероксид-аниона, перекиси водорода, гидроксильных и гидропероксильных радикалов и оксида азота. За счет снижения подвижности, нарушения акросомной реакции, повреждения рецепторов сперматозоидов ОС приводит к снижению вероятности наступления беременности. Вызывая фрагментацию ДНК сперматозоидов, ОС приводит к нарушению развития зародыша, что сопровождается неразвивающимися беременностями, выкидышами на ранних сроках, аномалиями развития и возникновением злокачественных новообразований у детей. Человеческий сперматозоид очень восприимчив к ОС. Считается, что от 30 до 80 % случаев мужского бесплодия связаны именно с повреждающим действием ОС на сперму.

– **Какие могут быть факторы риска ОС?**
– Факторы риска ОС сперматозоидов многочисленны: инфекционно-воспалительные процессы в органах мочеполового тракта, варикоцеле, крипторхизм, перегревание при лихорадочных состояниях или действии внешних источников тепла (сауна, горячая ванна и др.), психоэмоциональные стрессы, аутоиммунные реакции против сперматозоидов, сопровождающиеся выработкой антиспермальных антител, системные заболевания (диабет, подагра и др.), курение, возраст старше 40 лет, нехватка антиоксидантов в пище, генетические дефекты системы антиоксидантной защиты. ОС сперматозоидов оказывает отрицательное влияние как на прогноз естественного зачатия, так и на результаты вспомогательных репродуктивных технологий, в т. ч. ИКСИ.

– **Какая тактика должна быть у практикующего врача, если патогенез бесплодия не удается установить?**
– К сожалению, этот вопрос очень актуален, так как на практике зачастую патогенез снижения фертильности мужчин не ясен, в таких случаях применяют эмпирическую терапию. Много десятилетий для лечения мужского бесплодия применяют различные нутриенты (витамины, минералы, биофлавоноиды), обладающие антиоксидантным эффектом.

Поскольку мужское бесплодие часто ассоциировано с ОС, назначение антиоксидантов может оказаться эффективным, даже если у врача нет возможности провести специальные тесты на АФК. По результатам метаанализа M.Showell и соавт. (2014), антиоксиданты улучшают жизнеспособность, концентрацию и прогрессивную подвижность, связывание с яйцеклеткой, фрагментацию ДНК сперматозоидов, повышают процент беременностей при естественном зачатии и в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Невысокая стоимость и относительно низкий риск токсичности антиоксидантов привлекательны для пациентов и врачей, поэтому с 2013 г. они рекомендованы Европейской ассоциацией урологов (European Association of Urology, EAU) для лечения мужского бесплодия.

– **Расскажите, пожалуйста, про ваши исследования в области эмпирической терапии мужского бесплодия и их результаты. Какие препараты продемонстрировали хороший эффект?**

– У нас достаточно большой собственный опыт применения различных отечественных и импортных комплексов нутриентов для лечения мужского бесплодия. В частности, препарата Андродоз® STADA. По полученным нами данным, у мужчин с идиопатическими олиго-, и/или астено-, и/или тератозооспермиями Андродоз® улучшает прогрессивную подвижность сперматозоидов (А+В) в 60 % случаев в среднем на 4 % (10 % в относительных значениях). При этом мы установили, что эффект зависит от исходного уровня ОС: он более выражен при умеренно повышенных уровнях АФК в нативной сперме, менее – при высоких уровнях АФК и не оказывает никакого влияния при отсутствии ОС.

Примечательно, что при низком, т. е. нормальном, уровне АФК (< 2 ЕД) эффект лечения отсутствовал. Это наглядно демонстрирует, что мы можем прогнозировать эффективность антиоксидантной терапии, если до начала лечения определим выраженность ОС. Также нами было установлено, что применение Андродоза при наличии ОС в 2/3 случаев приводит к снижению продукции АФК отмытыми сперматозоидами в среднем по группе на 50% и достоверному уменьшению фрагментации ДНК сперматозоидов.

Данные закономерности вполне соответствуют нашему пониманию влияния таких комплексов нутриентов на мужскую фертильность. L-аргинин, L-карнитин, L-карнозин, коэнзим Q, глицирризиновая кислота, цинк, селен, витамины Е и А – составные части препарата Андродоз®. Антиоксиданты в сочетании с витаминами, микроэлементами, аминокислотами и метаболитами кофакторами необходимы для нормального процесса сперматогенеза. Они препятствуют индуцированному свободными радикалами повреждению клеток путем предотвращения их образования, химического связывания или содействуют их разложению в организме.

– **Существует ли эффективная профилактика бесплодия в паре и в чем она заключается с точки зрения андрологии?**

– Ведение мужчин из бездетных пар следует рассматривать в виде трех взаимосвязанных этапов комплексной профилактики нарушений репродуктивной функции.

I этап – первичная профилактика: устранение потенциально вредных факторов окружающей среды, работы и образа жизни. При некоторых аномалиях, например крипторхизме, травмах, инфекциях, действии токсических веществ и лекарственных препаратов (цитостатики, андрогены и антиандрогены, парацетамол и др.), бесплодие можно предотвратить.

Для восстановления фертильности мужчин необходимо:

- получать с пищей достаточное количество белков, естественных антиоксидантов (свежие фрукты и овощи) и ненасыщенных жирных кислот (рыба, орехи);
- не курить;
- наладить нормальный ритм труда и отдыха, ритм половой жизни;

- провести лечение сопутствующих заболеваний;
- исключить перегревание (сауна, горячая ванна);
- снизить физические нагрузки при занятиях экстремальными видами спорта;
- устранить факторы, вызывающие депрессию, состояние страха, неврозы.

Выполнение этих условий в половине случаев способствует улучшению показателей спермограммы.

II этап – вторичная профилактика: адекватное обследование и патогенетическое лечение имеющихся патологий. Иногда этиопатогенетическое лечение невозможно, в таких случаях рекомендованы методы симптоматического лечения в форме ВРТ, в первую очередь ИКСИ.

III этап – третичная профилактика: снижение частоты осложнений, симптоматическое лечение.

Методы обследования, необходимые для постановки обоснованного диагноза, описаны выше. Более подробно об этом можно прочитать на сайте androlog-lab.ru, где размещены многие мои публикации и специально написанные для этого статьи. Там же указаны специализированные лаборатории клинической андрологии, в которых такие анализы выполняют качественно.

На сайте есть информация о том, как правильно интерпретировать данные лабораторных исследований и на их основании подбирать лечение. Поскольку лекарственная терапия должна быть достаточно длительной (не менее 3 месяцев, учитывая продолжительность цикла сперматогенеза), важно иметь некие предварительные критерии будущей эффективности.

Беседовала Екатерина Солнцева

ГОТОВИТЬСЯ К БЕРЕМЕННОСТИ — ЭТО ПО-МУЖСКИ!





АНДРОДОЗ — СБАЛАНСИРОВАННЫЙ АНТИОКСИДАНТНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА СПЕРМЫ

- Способствует улучшению репродуктивной функции у мужчин
- Повышает концентрацию и подвижность сперматозоидов
- Может использоваться при подготовке к зачатию



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

ИЗГОТОВИТЕЛЬ: ООО «Витамар», 129110, г. Москва, Орловский пер., д. 1, 10-й этаж (адрес производства: Владимирская обл., г. Петушки, ул. Совхозная, д.10). ООО НПО «ФармВитам», 249070, Московская область, г. Мытищи, Ленинский пр., 17. МАРКЕТИНГ И ДИСТРИБУЦИЯ: АО «Индвита», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, ул. Салтыковский, д. 7. Диск: 104350, тел.: +7 (831) 276-800-800, факс: +7 (831) 430-72-13. Сертификат государственной регистрации: № RU.779911.003.E.001623.0417 от 04.04.2017. Продукт прошел добровольную сертификацию. Имеются противопоказания. Перед применением необходимо проконсультироваться с врачом. Реклама.



Тамара Викторовна ОВСЯНИКОВА
Д.м.н., профессор
(Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины, Москва)

Гиперпролактинемия в акушерстве и гинекологии

Гиперпролактинемия – стойкое повышение содержания пролактина (ПРЛ) в сыворотке крови. Синдром гиперпролактинемии – это симптомокомплекс, возникающий на фоне повышенного уровня ПРЛ, наиболее характерным проявлением которого является нарушение менструальной и репродуктивной функций.

В клинической практике различают физиологическую и патологическую гиперпролактинемии.

Физиологические состояния, при которых уровень ПРЛ повышается и нормализуется без лечения: беременность, лактация, сон, физические нагрузки, стрессовые ситуации, половой акт и др. **Патологическая гиперпролактинемия** – состояния, требующие обследования, последующей терапии и длительного наблюдения: поражение гипоталамо-гипофизарной области; гипоталамо-гипофизарная дисфункция; гипотиреоз; синдром поликистозных яичников; другие системные заболевания; лекарственная гиперпролактинемия (эстрогены, наркотические препараты, антидепрессанты и др.).

Результаты популяционного ретроспективного исследования, охватывающего 20-летний период наблюдения, позволили выявить гиперпролактинемия, не связанную с беременностью, у 4% обследованных. У женщин повышенный уровень ПРЛ, как правило, определяется в 3,5 раза чаще, чем у мужчин, а пик за-

болевания приходится на 25–44 года, т. е. на активный репродуктивный возраст. За последние годы авторы отмечают увеличение встречаемости гиперпролактинемии и увеличение лекарственных форм, связанных напрямую с приемом психотропных препаратов.

Практически у 60% пациенток гиперпролактинемия обусловлена пролактиномами, которые являются наиболее распространенными аденомами гипофиза. Пролактиномы чаще встречаются в репродуктивном возрасте и в основном представлены микроаденомами размером менее 10 мм. Реже диагностируются макроаденомы размером более 10 мм.

Наиболее частые жалобы женщин, обращающихся к гинекологу, это нарушения ритма менструаций по типу вторичной аменореи или олигоменореи и бесплодие. Галакторея различной степени диагностируется у 35–85% пациенток, и ее первые признаки появляются одновременно с нарушением менструального цикла или спустя несколько лет после него. Пациентки

с макропролактиномами могут предъявлять жалобы, связанные с наличием объемного образования: головная боль и снижение остроты зрения.

С целью уточнения причин гиперпролактинемии и определения метода терапии *при сборе анамнеза необходимо исключить* лекарственные причины заболевания, сопутствующие эндокринные и системные заболевания, хроническую патологию печени, почек, органов половой системы, лучевые методы терапии и хирургические вмешательства в гипоталамо-гипофизарной области, черепно-мозговую травму.

Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики при гиперпролактинемии включает: *гормональное обследование* (ПРЛ, ТТГ, Т4св, ФСГ, эстрадиол), *рентгенологические методы* обследования черепа и турецкого седла (магнитно-резонансная томография – МРТ) и *консультацию офтальмолога* при макропролактиномах гипофиза.

Диагноз гиперпролактинемии подтверждается повышением уровня ПРЛ как минимум в двух образцах крови. У пациенток с регулярным ритмом менструаций и олигоменореей при уровне ПРЛ менее 2000 мЕд/л (гиперпролактинемия неопухолового генеза) повышенные гормоны в значительном проценте случаев может быть транзитным и определение гормона следует проводить дважды.

У пациенток с классической клинической картиной гиперпролактинемии (аменорея; аменорея-галакторея) и уровнем ПРЛ более 2000–3000 мМЕ/мл достаточно одного гормонального исследования, как отмечается в некоторых зарубежных исследованиях. В эту группу входят пациентки с микроаденомами (ПРЛ более 5000 мЕд/л) и макроаденомами (ПРЛ более 10 000 мЕд/л). Однако, учитывая значимые вариации в уровне пролактина, судить о размере опухоли по степени его повышения достаточно сложно.

Повышение уровня ПРЛ в крови при атипичной клинической картине заболевания объясняется феноменом макропролактинемии. В этой ситуации необходимо повторное исследование ПРЛ с определением макропролактина – биологически неактивных форм с высоким молекулярным весом, не являющихся причиной эндокринных нарушений. Как правило, это пациентки с регулярным ритмом менструаций, которым не показаны МРТ и лечение агонистами дофамина (ада).

Забор крови для гормонального обследования осуществляется натощак, с 8:00 до 11:00. Пациентка должна хорошо выспаться и не проходить до взятия крови гинекологическое и другие обследования, чтобы максимально исключить стрессовый фактор. Гормональное обследование проводят при регулярном ритме менструаций в первую фазу цикла (на 5–7-й день цикла), а при аменорее и олигоменорее – в любой день. По-

вторное исследование назначается при регулярном ритме в первую фазу следующего цикла, а при ановуляции – через 2 недели.

Рентгенологические методы исследования: МРТ головного мозга – наиболее информативный метод в диагностике опухолей гипоталамо-гипофизарной области. Для лучшей визуализации рекомендуется проводить исследование в режиме T1- и T2-взвешенных изображений с применением контрастного усиления.

Консультация офтальмолога, обследование глазного дна и полей зрения на белую и цветные метки рекомендуется пациенткам с макропролактиномами при появлении признаков компрессии перекреста зрительного нерва.

Сопоставление клинической картины заболевания, уровня пролактина и МРТ позволяет гинекологу поставить *диагноз идиопатической или опухолевой гиперпролактинемии*, определить методы и схемы терапии в зависимости от задач, которые ставит пациентка: нормализация уровня ПРЛ и регуляция менструального цикла; восстановление фертильности; уменьшение размеров опухоли; предотвращение рецидива роста опухоли.

Диагноз идиопатической гиперпролактинемии ставится после исключения органической патологии гипофиза. Для клинической картины заболевания в данной группе пациенток характерно нарушение менструального цикла по типу олигоменореи и, реже, по типу аменореи на фоне ановуляции с/без галактореи.

В группу *органической гиперпролактинемии* входят большие с микро- или макроаденомами гипофиза, кистами гипофиза, синдромом «пустого турецкого седла» и др. В клинической картине заболевания нарушения менструального цикла проявляются в виде вторичной аменореи на фоне хронической ановуляции. У подавляющего большинства больных диагностируются галакторея различной степени и бесплодие.

В последние годы в большом количестве исследований убедительно доказан приоритет *медикаментозного* лечения всех видов гиперпролактинемии, в т. ч. пролактином, перед хирургическими и лучевыми методами. Ада при синдроме гиперпролактинемии являются патогенетически обоснованным методом терапии, позволяющим нормализовать уровень ПРЛ, восстановить регулярный менструальный цикл, уменьшить размеры аденомы и предотвратить рецидив заболевания.

В настоящее время в РФ для восстановления менструально-репродуктивной функции и лечения пролактином зарегистрированы и применяются бромкриптин и каберголин.

Бромкриптин – эрголиновый агонист дофаминовых рецепторов. В отличие от каберголина бромкриптин является неселективным агонистом дофаминовых рецепторов в головном моз-

ОРИГИНАЛЬНЫЙ КАБЕРГОЛИН | Достинекс®

Препарат №1 для лечения ГПРЛ¹



Эффективен в лечении синдрома гиперпролактинемии и обладает хорошей переносимостью²³

Найти ответы на различные вопросы по ГПРЛ (диагностика, тактика ведения) Вы можете в мобильном приложении ПРОЛАКТИН



1. По данным синдикатного исследования Pinfed «Мониторинг назначений лекарственных препаратов врачами», проведенного компанией Ipsos Comcon осенью 2016 года в 13-ти городах Российской Федерации.
2. Webster J, et al. A comparison of Cabergoline and Bromocriptine in the Treatment of Hyperprolactinemic Amenorrhea. The New England Journal of Medicine 331:904-909, Oct. 1994.
3. Ahmed J, Al-Hussaini, Isam H, Mahmood, Zena S, Al-Jubori et al. Comparison of the effects of cabergoline and bromocriptine in women with hyperprolactinemic amenorrhea. Middle East Fertility Society Journal. 2008, 11:33-38.
Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ДОСТИНЕКС®
Достинекс® (каберголин) – дофаминергический пролактинергический препарат, характеризующийся выраженным и длительным пролактинснижающим действием, обусловленным прямой стимуляцией D2-дофаминовых рецепторов галактогенных клеток гипофиза. Показания к применению: предотвращение и подавление физиологической лактации; лечение нарушений, связанных с гиперпролактинемией, включая аменорею, олигоменорею, ановуляцию, галакторею; пролактинсécrетирующие аденомы гипофиза (микро- и макропролактинемы), идиопатическая гиперпролактинемия, синдром «пустого» турецкого седла в сочетании с гиперпролактинемией. Противопоказания: повышенная чувствительность к каберголину или другим компонентам препарата, а также к любым компонентам вспомогательных веществ. Побочные эффекты: сонливость и слабость, головная боль, головокружение, тошнота, запор, диарея, диспепсия, сухость слизистой оболочки полости рта, диарея, метеоризм, зубная боль, ощущение раздражения слизистой оболочки полости рта. Беременность и лактация: препарат противопоказан при беременности и лактации. Прием препарата следует прекратить за 2 недели до зачатия и за 2 недели после родов. Для подавления лактации – по 0,25 мг (1/2 таблетки) 2 раза в сутки через каждые 12 часов в течение 2 дней. Лечение нарушений, связанных с гиперпролактинемией: начальная доза составляет 0,5 мг (1 таблетку) в один прием (1 таблетку 0,5 мг) или в два приема (по 1/2 таблетки 0,5 мг, например, в понедельник и четверг). Повышение начальной дозы должно проводиться постепенно – на 0,5 мг с месячным интервалом до достижения оптимального терапевтического эффекта. Терапевтическая доза обычно составляет 1 мг в неделю, но может колебаться от 0,25 до 2 мг в неделю. Максимальная доза не должна превышать 4,5 мг в неделю. Побочные действия: при приеме препарата Достинекс® наиболее часто встречаются следующие побочные явления: ощущение сердцебиения; при длительном применении Достинекс® обычно оказывает гипотензивное действие, в некоторых случаях может вызвать место ортостатическая артериальная гипотензия; возможно бессимптомное снижение АД в течение первых 3-4 дней после родов (систолического – не менее чем на 20 мм рт.ст., диастолического – не менее чем 10 мм рт.ст.); головные боли/вертиго; головная боль; повышенная утомляемость, сонливость; диспепсия, астения, парестезия, обмороч, нервозность, тремор, бессонница; нарушения концентрации внимания; тошнота, рвота; боль в эпигастриальной области; боль в животе; запор, диарея; диспепсия; сухость слизистой оболочки полости рта; диарея, метеоризм; зубная боль, ощущение раздражения слизистой оболочки полости рта. Срок годности: 2 года. Условия отпуска: по рецепту. Форма выпуска: по 2 или 6 таблеток во флаконе тёмного стекла или во флаконе из поликарбоната высокой плотности. 1 флакон с инструкцией по применению в картонной пачке или 1 флакон с инструкцией по применению в картонной пачке с контролем первого вскрытия. Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. Регистрационный номер: П N013905/01.

ге, что определяет большее количество побочных эффектов. Начальная дозировка составляет 0,625–1,25 мг в сутки, терапевтический диапазон в пределах 2,5–7,5 мг в сутки.

Каберголин (Достинекс) – эрголиновый селективный агонист D2 дофаминовых рецепторов, препарат пролонгированного действия. Длительный период полувыведения позволяет применять препарат 1–2 раза в неделю. Начальная дозировка составляет 0,25–0,5 мг в неделю (1/2–1 таблетка) с последующим увеличением дозы до нормализации уровня ПРЛ. Как правило, средняя доза составляет 1 мг в неделю (2 таблетки с равным интервалом приема). При резистентных пролактиномах дозу можно увеличить до 4,5 мг в неделю.

В гинекологической клинике после обследования и определения окончательного диагноза врач работает в двух основных направлениях:

- восстановление овуляторного цикла и фертильности при идиопатической и опухолевой гиперпролактинемии, ведение беременности, родов и послеродового периода;
- регуляция менструального цикла и лечение микро- и макропролактиномы гипофиза, а также профилактика отдаленных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ И БЕСПЛОДИЯ

Наиболее благоприятным фоном для зачатия являются полная нормализация уровня ПРЛ и уменьшение опухоли до размера менее 10 мм.

После назначения терапии агонистами дофамина пациенткам репродуктивного возраста целесообразно рекомендовать использовать барьерные средства контрацепции, так как в случае чувствительности опухоли к действию препаратов восстановление овуляции и фертильности происходит в скором времени после нормализации уровня пролактина. На фоне длительной терапии рекомендуется предохранение от беременности барьерными методами, прогестагенными контрацептивами или внутриматочными средствами. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты противопоказаны.

1. У пациенток с идиопатической гиперпролактинемией уровень ПРЛ редко превышает 2000–3000 мМЕ/мл и для регуляции менструальной и восстановлению репродуктивной функции требуются невысокие дозы аДа. Лечение проводится только по непрерывной схеме, под ежемесячным контролем снижения уровня ПРЛ и восстановления менструального цикла. Максимальное количество беременностей наступает в первые 6–8 месяцев терапии.

Большое число исследований безопасности применения аДа во время беременности посвящено бромокриптину. В меньшей степени, но также в значимом количестве работ подтверждена безопасность применения каберголина. В настоящее время накоплены результаты обследования более 900 женщин, принимавших каберголин (Достинекс) во время беременности, и изучено здоровье их потомства. Частота врожденных пороков и состояние здоровья детей не отличались от популяции. Если беременность наступила на фоне терапии каберголином, ее можно пролонгировать.

2. При восстановлении репродуктивной функции у пациенток с пролактиномой и бесплодием цель терапии – прежде всего максимальное уменьшение размеров опухоли или практически ее полное излечение перед наступлением беременности. В связи с этим сроки лечения аДа у пациенток с орга-

нической гиперпролактинемией увеличиваются.

Каберголин (Достинекс) рекомендуется в качестве препарата первой линии как эффективный в отношении нормализации уровня пролактина и уменьшения размеров опухоли:

- пациенткам с микропролактиномой гипофиза до наступления беременности терапия должна проводиться 1–2 года;
- при макропролактиномах гипофиза длительность терапии до наступления беременности должна составлять не менее 2 лет.

Соблюдение указанных сроков лечения у пациенток с бесплодием и пролактиномой гипофиза позволяет максимально уменьшить размеры опухоли, снизить риски рецидивов при беременности, улучшить послеродовое течение заболевания и стабилизировать менструальную функцию.

На фоне лечения каберголином проводится динамическое наблюдение:

- периодическое определение уровня ПРЛ – первый раз через 1 месяц от начала лечения, коррекция терапевтической дозы зависит от степени снижения уровня ПРЛ;
- МРТ головного мозга через 1 год от начала терапии или через 3 месяца при присоединении новой симптоматики (галакторея, нарушение зрения, головные боли).

Эффективность восстановления репродуктивной функции при лечении аДа зависит от вида гиперпролактинемии и составляет 40–78%. При соблюдении алгоритмов обследования и лечения пациенток с бесплодием частота самопроизвольных выкидышей не выше аналогичных показателей в популяции.

аДа отменяют сразу после подтверждения беременности по результатам анализа ХГ и УЗИ, так как было наглядно продемонстрировано, что продолжение приема препаратов в течение 1-го триместра не приводит к повышению частоты вынашивания беременности.

Группу риска во время беременности составляют женщины с макропролактиномой гипофиза, частота рецидивов у которых – около 23–31%. Этим пациенткам рекомендуется прием каберголина с момента появления первых симптомов роста опухоли до родов, с последующим подавлением лактации. Пациенткам с макропролактиномами, у которых беременность наступила на фоне приема аДа, возможно продолжить медикаментозную терапию до родов, особенно при близком расположении опухоли к хиазме или кавернозным синусам.

Беременность и роды у данного контингента женщин не имеют специфических осложнений и ведутся согласно нормативным документам МЗ РФ. Лактация не подавляется у женщин с идиопатической гиперпролактинемией и микроаденомами, однако срок кормления желательно ограничить 12 месяцами. Исключением являются женщины с макроаденомами, получавшие аДа во время беременности.

У пациенток репродуктивного возраста с микро- или макроаденомами, резистентными к лечению аДа, или в случаях непереносимости медикаментозной терапии решается вопрос о проведении хирургического лечения с последующим восстановлением фертильности.

Гиперпролактинемия – лечение пролактиномой и регуляция менструального цикла

1. Пациенткам с идиопатической гиперпролактинемией, которые не заинтересованы в восстановлении фертильности, проводится регуляция менструального цикла аДа. Эффективным

считается непрерывное назначение препаратов в течение 1,5–2 лет, что позволяет восстановить цикл и имеет длительный положительный эффект после отмены терапии. Контроль уровня ПРЛ проводится 1 раз в месяц до нормализации уровня гормона и восстановления регулярного ритма менструаций.

После прекращения лечения при сохранении регулярного менструального цикла (24–35 дней) проводится стандартное гинекологическое обследование. При появлении симптомов нарушения цикла рекомендуется определение уровня ПРЛ и решается вопрос о повторном курсе терапии в зависимости от возрастного периода женщины.

2. Пациенткам с гиперпролактинемией и микро- или макропролактиномами проводится медикаментозное лечение аДа с целью предотвращения роста опухоли и минимизации последствий заболевания. Считают, что эта патогенетически обоснованная терапия имеет значительные преимущества перед хирургическими методами и лучевой терапией. При длительном применении этих препаратов снижается уровень ПРЛ, уменьшаются размеры макроаденомы (иногда при полном обратном развитии микроаденомы), а в определенном проценте случаев восстанавливается регулярный ритм менструаций.

Лечение проводится непрерывно не менее 2 лет. Эффективность медикаментозной терапии достаточно высока у женщин с микроаденомами гипофиза. Снижение терапевтической дозы аДа или прекращение лечения рекомендуются при условии длительной нормализации уровня ПРЛ, значительного уменьшения опухоли или ее обратного развития по данным МРТ.

После отмены аДа динамический контроль уровня ПРЛ проводится 1 раз в 3 месяца в течение года, далее ежегодно в течение как минимум 5 лет. МРТ головного мозга показана при появлении признаков роста опухоли.

Признаками *резистентности опухоли к аДа* являются:

- сохранение повышенного уровня ПРЛ на фоне максимальных доз аДа, зарегистрированных в РЛС;
- уменьшение опухоли менее чем на 50% от исходного размера.

Полная резистентность проявляется отсутствием какого-либо значимого эффекта от назначения аДа, *частичная* – наблюдается при снижении секреции пролактина без нормализации его уровня.

3. Пациенткам с микроаденомами гипофиза и бессимптомным течением заболевания не рекомендуется назначение медикаментозной терапии ввиду малой вероятности роста опухоли. Такая тактика применяется у пациенток периода менопаузального перехода при условии сохранения менструального цикла при отсутствии или I степени галактореи, а также у женщин в постменопаузе, когда повышенный уровень ПРЛ не вызывает развития гипогонадизма.

В заключение следует отметить, что своевременно поставленный диагноз, адекватно выбранная терапия и индивидуальная программа наблюдения за пациентками с синдромом гиперпролактинемии позволят у подавляющего большинства из них восстановить менструальную и репродуктивную функции, а также избежать тяжелых хирургических вмешательств и лучевой терапии при пролактиномах гипофиза.

Список литературы находится в редакции

20-23 ИЮНЯ 2019, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Конгресс-отель «Прибалтийская Park Inn»,
ул. Кораблестроителей, 14



БЕЛЫЕ
НОЧИ

Петербургский международный
онкологический форум

...БОЛЬШЕ
ЧЕМ ОНКОЛОГИЯ



FORUM-ONCO.RU

Организационный
комитет:
+7 (812) 439 95 82

Реклама

При научной поддержке:



ФГБУ
НМИЦ ОНКОЛОГИИ
им. Н.Н. Петрова
Санкт-Петербург

Организатор:



АССОЦИАЦИЯ
ОНКОЛОГОВ
СЕВЕРО-ЗАПАДА

Отказ от курения – ресурс в снижении риска относительного бесплодия

Г. Б. Дикке, д.м.н., профессор

Табакокурение, распространенное среди женщин детородного возраста, включая беременных, в последние годы превратилось в серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему мирового значения. В одной только России на протяжении всей беременности курит каждая третья-четвертая женщина (25–30%), что значительно ухудшает показатели здоровья будущих мам, приводя к осложненному течению беременности и родов, а кроме того, отрицательно влияет на прогнозы для плода и новорожденного. В мировой практике успешно используются специально разработанные стратегии отказа от курения. При последовательном применении этих методик до 80% беременных курильщиц способны отказаться от сигарет.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) курение во время беременности относится сразу к двум рубрикам: «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, – синдромом зависимости» (F17.2) и «Поражения плода и новорожденного, обусловленные потреблением табака матерью» (P04.2).



НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
Особенности течения беременности и родов у курящих женщин наглядно иллюстрирует статистика, приведенная А.И. Сащенко в кандидатской диссертации «Фетоплацентарная система при алкоголизме и табакокурении»:

- 50% курильщиц подвержены угрозе прерывания беременности в первом, 32,5% – во втором и 15% – в третьем триместре;
- 47,5% страдают ранним токсикозом и столько же – слабостью родовой деятельности;
- 62,5% сталкиваются с патологией околоплодных вод;
- 47,5% – с их преждевременным излитием;
- 92,5% – с плацентарной недостаточностью;
- 15,6% – с задержкой внутриутробного развития плода;
- 52,5% – со слабостью родовой деятельности;
- 7,5% – с предлежанием плаценты;
- 27,3% – с гипотрофией новорожденных.

Курение увеличивает перинатальную смертность в среднем на 27%. Эта цифра напрямую зависит от количества выкуриваемых сигарет: у беременных, выкуривающих меньше пачки в день, данный показатель выше на 20%, а у выкуривающих больше пачки – на 35%.

Дети курящих матерей погибают в родах в среднем на 30% чаще, а выжившие появляются на свет маловесными, недоношенными или морфофункционально незрелыми (с задержкой внутриутробного развития), с врожденными нарушениями и малыши аномалиями развития – стигмами дизэмбриогенеза, к которым относятся монголоидный разрез глаз, гипоплазия гипертелоризм, короткая уздечка верхней губы, седловидный нос, низкое расположение ушей и их дисплазия, сандалевидная щель и т. д.

Помимо всего прочего табачный дым – это еще и тератогенный фактор. Курение матери во время беременности может нарушить процесс закладки и развития нервной трубки у плода, что приводит к анэнцефалии, задержке физического, умственного и эмоционального развития, рождению младенцев с волчьей пастью и заячьей губой, пороками сердца, паховой грыжей, косоглазием. Вдвое повышается риск развития неходжкинской лим-

фомы и опухоли Вильмса у ребенка. У детей курящих матерей выше риск синдрома внезапной смерти младенцев, они склонны к респираторным заболеваниям.

Вдыхание дыма сигарет независимо от содержания в них никотина способствует развитию внутриутробной гипоксии, вызванной монооксидом углерода – угарным газом. Он свободно проникает через плаценту, образуя карбоксигемоглобин, который препятствует транспорту кислорода к тканям плода со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями.

Не следует забывать и о внутриутробно выработанной ребенком никотиновой зависимости. Лишившись после появления на свет уже привычной дозы никотина, новорожденный переживает абстинентный синдром с картиной повышенной возбудимости центральной нервной системы (тремор рук – спонтанный и при беспокойстве, чрезмерный рефлекс Моро, нарушения сна, болевой синдром). При подобных симптомах необходимо проводить дифференциальную диагностику с неонатальной гипогликемией.

Негативные последствия курения матери во время беременности, к сожалению, не ограничиваются первым годом жизни ребенка, а сохраняются, по данным ВОЗ, еще 6 лет, что грозит поведенческими и когнитивными нарушениями, а впоследствии – школьной неуспеваемостью.

СКВОЗНАЯ ТЕМА

Даже узнав о своей беременности, многие женщины продолжают курить, хотя и осознают, что рискуют здоровьем малыша. В то же время будущая мать как никогда раньше мотивирована на отказ от курения ради рождения здорового ребенка и нуждается в целенаправленной помощи в этом направлении, которую способен оказать акушер-гинеколог, наблюдающий за такой женщиной. Проблема в том, что разработанные для этой цели научные методики не внедрены пока в практику дородового ведения беременных женщин в России.

Метаанализ, проведенный в США в 2008 году, показал, что доверительная и аргументированная беседа о вреде курения во время беременности более эффективна, чем тривиальный совет отказаться от сигареты. Во всяком случае,

после целенаправленной консультации беременные бросают курить на 80% чаще. При этом важно, чтобы установка на отказ от сигареты не была разовым мероприятием, а поддерживалась при каждом визите к врачу на протяжении всей беременности.

Если времени на подробный разговор нет, подспорьем могут стать брошюры или листовки, разъясняющие, какой опасности и мама, и малыш смогут избежать при отказе женщины от курения и как преодолеть эту вредную привычку. Доказано, что подобные информационные материалы действительно повышают частоту отказа от курения.

ПЯТЬ ШАГОВ К ЦЕЛИ

Эксперты ВОЗ в рамках Европейского проекта сотрудничества по снижению табачной зависимости разработали научно обоснованные рекомендации, включающие в себя, в частности, так называемую модель «5А» – краткую программу отказа от курения из пяти шагов.

Шаг первый (А-1) – Ask (спроси): при первичном сборе анамнеза необходимо

спросить, курит ли беременная, и если да, то сколько сигарет или пачек в день. Стесняясь вредной привычки, женщина может попытаться скрыть ее от врача – так поступают от 13 до 26% беременных курильщиц. Чтобы пациентка честно ответила на вопросы, нужно задавать их в доброжелательной манере и в открытой форме, чтобы оставить возможность нескольких вариантов ответов, а не просто «да» или «нет».

Шаг второй (А-2) – Advise (посоветуй): ясно, убедительно и персонализированно, то есть с учетом особенностей восприятия и состояния данной конкретной беременной, посоветуйте ей бросить курить, описав все те преимущества для ее собственного и детского здоровья, которые принесет эта «жертва», после чего ответьте на вопросы.

Шаг третий (А-3) – Assess (оцени): оцените желание беременной отказаться от сигареты в течение месяца или до следующего визита в женскую консультацию. Если она еще не готова к этому шагу, постарайтесь повысить ее мотивацию.

Шаг четвертый (А-4) – Assist (помогите): помогите женщине бросить курить. Окажите ей социальную поддержку сами и поспособствуйте организации такой же поддержки в пределах ее собственной среды – в семье и на работе. Если есть возможность, снабдите ее специальными материалами для беременных по самопомощи в этом вопросе.

Шаг пятый (А-5) – Arrange (организуем): проводите динамическое наблюдение с повторной оценкой статуса относительно отказа от курения. Отслеживайте любой прогресс в этом направлении и обязательно хвалите женщину за успехи для укрепления мотивации. Ваши силы и время не будут потрачены впустую.

Работа с беременными по преодолению никотиновой зависимости особенно рентабельна, потому что в результате снижается число детей с низкой массой тела при рождении и перинатальных смертей, а значит, уменьшается интенсивность медицинского обслуживания, использование отделений интенсивной терапии и реанимации новорожденных, укорачивается продолжительность пребывания в стационаре.

Анализ, выполненный в 2006 г. в США, показал, что мероприятия по отказу от курения обойдутся в 24–34 долл., а сэкономят 881 долл. на одну беременную курильщицу при общей экономии до 8 млн долл. Расчеты выполнены исходя из предположения, что частота отказа от курения увеличится на 70%.

Таким образом, затраты времени и сил на интеграцию в рутинную практику программ, подобных модели «5А», с лихвой компенсируются снижением того значительного риска, которому курение подвергает матерей и их детей.

Список литературы находится в редакции



При отказе будущих матерей от курения частота преждевременных родов сокращается на **17%**

и на **20%**

уменьшается число детей с низкой массой тела при рождении (в среднем она увеличивается на 280 г)

Детородный витамин

О взаимосвязи между дефицитом витамина D и бесплодием акушерам-гинекологам известно давно, но изыскания в данной области приносят все новые открытия. В начале нынешнего года группа американских ученых из Национального института здоровья детей и развития репродуктивной медицины человека опубликовала результаты ретроспективного когортного исследования, подтвердившего негативное влияние D-дефицитных состояний на успех овариальной стимуляции у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и наметившего пути решения этой проблемы.

ДЕФИЦИТ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

СПКЯ – одно из наиболее часто встречающихся эндокринных заболеваний в гинекологической практике: его распространенность среди женщин репродуктивного возраста составляет, по разным данным, от 5 до 10 %. При этом в структуре причин женского бесплодия СПКЯ занимает ведущее место.

Доказано, что недостаток витамина D также ведет к олиго- и ановуляции и бесплодию, а коррекция дефицитного состояния перед стимуляцией овуляции у пациенток с СПКЯ повышает эффективность ЭКО и ИКСИ, снижает риск самопроизвольного прерывания беременности на всех ее этапах и улучшает прогноз здоровья плода и новорожденного.

Проблема в том, что лишь небольшое количество витамина D поступает в организм с пищей, а основная его часть – примерно 95 % – синтезируется в коже в виде витамина D₃ (холекальциферола) под действием ультрафиолета, которого женщины в средних и северных широтах получают недостаточно. В результате дефицит витамина D отмечается у 45–90 % женщин репродуктивного возраста.

ВИТАМИН ПО НАЗВАНИЮ, ГОРМОН ПО СУТИ

Взаимодействуя с сывороточным белком, холекальциферол преобразуется в биологически активный гормон кальцитриол (1α,25(OH)₂D₃). Это превращение осуществляется двухступенчатым ферментативным путем при участии 25-гидроксилазы печени и 1α-гидроксилазы (CYP27B1) экстракренальных тканей и тканей почек. Кальцитриол реализует свои эффекты в разных органах и тканях через собственный рецептор (VDR). Регуляция экспрессии VDR является одним из основных механизмов, посредством которых клетки-мишени реагируют на кальцитриол, меняя режим функционирования.

Поскольку VDR и 1α-гидроксилаза обнаружены в тканях репродуктивных органов, включая яичники, матку, плаценту и гипофиз, связь витамина D с репродуктивным здоровьем не вызы-

вает сомнений. Витамин D регулирует активность более 3000 генов, многие из которых играют важную роль в наступлении овуляции, развитии и сохранении беременности.

Многочисленные исследования подтверждено негативное влияние дефицита витамина D и, соответственно, низкой активности VDR на эндокринный профиль пациенток с СПКЯ.

ИСТОКИ РАЗВИТИЯ

Весьма перспективны исследования влияния витамина D на так называемые «источки развития» – эпигенетическое программирование развития плода и новорожденного.

Низкий уровень витамина D в сыворотке крови беременной ассоциируется с повышенным риском развития у ребенка на протяжении всей его жизни таких заболеваний, как бронхиальная астма, инсулиновая резистентность, сахарный диабет, аутоиммунные расстройства, ортопедическая и онкологическая патология, когнитивные нарушения, рассеянный склероз, депрессия, шизофрения и др.

КРИТЕРИИ ДЕФИЦИТА

Нижней границей нормы сывороточного уровня 25(OH)D₃ принято считать 10 нг/мл (25 нмоль/л), однако явления реального дефицита с негативными последствиями для репродуктивных возможностей женщины наступают уже при показателе, превышающем эти цифры вдвое.

Поскольку плацента формируется с 4-й недели беременности, уже на этом сроке 25(OH)D проникает через нее, при этом его концентрация в пуповинной крови плода коррелирует с материнскими показателями. Витамин D регулирует основные гены-мишени, связанные с имплантацией, и влияет на формирование иммунотолерантности.

Уровень витамина D в сыворотке крови в III триместре в норме вдвое выше у беременных женщин по сравнению с небеременными. Дефицитное состояние создает предпосылки для неблагоприятных исходов беремен-

Исходные демографические и клинические факторы

Демографические и клинические факторы	СПКЯ (607 женщин)	Бесплодие неясного генеза (647 женщин)
Средний возраст	28,8 ± 4,21	32,3 ± 4,19
Раса		
Европейская	81 % (486)	84 % (517)
Африканская	13 % (80)	7 % (45)
Другая	5,4 % (32)	8 % (51)
Этническая принадлежность		
Не испанцы	80 % (479)	88 % (539)
Испанцы	20 % (119)	12 % (74)
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м²	35,5 ± 9,21	27,1 ± 6,64
Исходный уровень витамина D в сыворотке		
25(OH)D, нг/мл	22,3 ± 7,6	25,4 ± 8,7
< 20 (низкий), нг/мл	41 % (246)	25 % (155)
20–29,9 (недостаточный), нг/мл	45 % (270)	49 % (303)
≥ 30 (нормальный), нг/мл	14 % (82)	25 % (155)
Беременность (да/нет)	34 (202)	41 (249)
Курение (да/нет)	15 (90)	8 (47)
Глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ), нмоль/л	33,2 ± 22,8	59,6 ± 28,4
Индекс свободного андрогена	64,5 ± 47,7	18,1 ± 54,1
Общий тестостерон, нг/мл	54,6 ± 28,0	25,1 ± 16,0
Индекс инсулиновой резистентности (НОМА-IR)	4,43 ± 9,79	2,11 ± 3,76
Степень инсулиновой резистентности		
Норма (< 3)	50 % (297)	84 % (515)
Умеренная (3–5)	22 % (130)	9 % (56)
Тяжелая (> 5)	29 % (171)	7 % (42)
Антимюллеров гормон (АМГ), нг/мл	8,08 ± 7,19	2,61 ± 2,09

ности и способствуют развитию преэклампсии (ПЭ). Уже один тот факт, что она чаще встречается в зимнее время, говорит о важной роли витамина D в профилактике ПЭ.

Если в сыворотке крови будущей мамы содержится менее 20 нг/мл витамина 25(OH)D₃, риск развития тяжелой ПЭ возрастает в 4 раза, а если менее 15 нг/мл – в 5 раз.

ВАЖНЫЙ ФАКТОР

Доктор Саманта Буттс и ее коллеги из Национального института здоровья детей и развития репродуктивной медицины человека США изучили связь между дефицитом витамина D и репродуктивными исходами стимуляции яичников у 607 женщин с СПКЯ и 647 – с бесплодием неясного генеза. Уровень 25(OH)D в сыворотке крови пациенток сопоставили с конечными результатами овариальной индукции, которые разделили на первичные (рождение живого ребенка) и вторичные (овуляция, беременность и ее самопроизвольное прерывание на ранних сроках).

Выяснилось, что при содержании 25(OH)D ниже 20 нг/мл или 50 нмоль/л

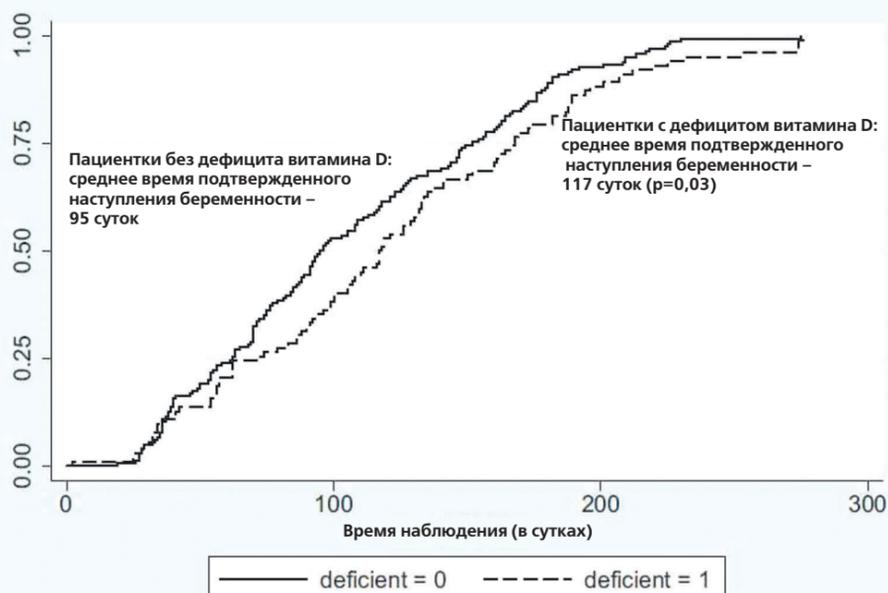
овуляция у пациенток с СПКЯ происходит реже, а вероятность рождения живого ребенка уменьшается на 40 % по сравнению с женщинами, у которых уровень 25(OH)D в сыворотке соответствует норме. В группе пациенток с бесплодием неясного генеза существенной взаимосвязи подобного рода обнаружено не было. Тем не менее у женщин из обеих групп дефицит витамина D приводил к повышенному риску самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках.

Учитывая скромные результаты стимуляции яичников в целом, решение проблемы дефицита витамина D может оказаться важным фактором, дополнительно повышающим шансы на успешное лечение многих бесплодных женщин.

В клинической практике при дефиците витамина D у женщин с СПКЯ и другими заболеваниями, ведущими к бесплодию, оптимальной считается доза 4000 МЕ в день, при этом циркулирующий уровень 25(OH)D достигает оптимального значения – 40 нг/мл.

Лиана Степанян, акушер-гинеколог высшей категории

Оценка неудач по Каплану-Мейеру





**Жан Карло
ДИ РЕНЦО**

Профессор кафедры акушерства и гинекологии Университета Перуджи, Италия, почетный профессор Королевского колледжа акушерства и гинекологии (FRCOG) и Колледжа акушерства и гинекологии в США (FACOG), директор Центра перинатальной и репродуктивной медицины, почетный генеральный секретарь Международной федерации акушерства и гинекологии (FIGO), главный редактор журнала *Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*, иностранный член Российской академии наук

Преждевременные роды: факторы риска и профилактика

По данным документа ВОЗ «Рожденные слишком рано», ежегодно 15 млн детей в мире рождаются преждевременно. Более 1 млн из них умирают вскоре после рождения; множество других таких детей становятся инвалидами либо испытывают проблемы в обучении, что часто сопряжено с большими расходами для семей и общества. Преждевременные роды (ПР) — один из доминирующих факторов в развитии патологии новорожденного; они наносят серьезный демографический, экономический и социальный ущерб любому государству.



Эксперты ВОЗ, в зависимости от срока гестации, выделяют сверхранние преждевременные роды (22–27 недель), ранние преждевременные (28–33 недели) и преждевременные (34–36 недель). При этом дети, рожденные до 24-й недели гестации, выживают не более чем в 50% случаев, даже в условиях отделения реабилитации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Этиология

Преждевременные роды имеют различные предпосылки, которые можно объединить в три группы: индивидуальные, поведенческие и социально-экономические. Среди индивидуальных наиболее значимым является акушерско-гинекологический анамнез.

Также выделяют факторы риска, действующие до беременности и непосредственно во время нее.

Факторы, которые до беременности могут определять риск наступления ПР, таковы: генетическая предрасположенность к ПР, этническая принадлежность, слишком ранний или поздний возраст женщины, заболелания репродуктивной системы, прием лекарств, окружающая среда и эпигенетика, наличие ПР в анамнезе, аборт.

Во время беременности существенное влияние на риск ПР оказывают: стресс и гормоны, цервикальная недостаточность, перерастяжение матки, маточно-плацентарная ишемия, воспалительные и инфекционные процессы.



Масштабный итальянский обзор подтвердил высокую достоверную значимость следующих факторов риска ПР: аборт, ПР, кесарево сечение в анамнезе, ИМТ > 25, высокая занятость.

Berghella et al., 1997; Goldenberg et al., 1998; Guzman et al., 1998; Heath et al., 1998; Taipale et al., 1998; Watson et al., 1999; Andrews et al., 2000; Hibbard et al., 2000; Hassan et al., 2000; To et al., 2001; Owen et al., 2001; Durnwald et al., 2005; Matijevic et al., 2006).

Итальянский обзор, выявлявший достоверность влияния определенных факторов риска (ФР) на наступление ПР, включал изучение 8000 клинических случаев. В ходе исследования с достоверно высокой значимостью подтвердились следующие ФР: аборт или ПР в анамнезе, индекс массы тела (ИМТ) > 25, высокая занятость, кесарево сечение в анамнезе (риск ПР увеличивается в 3 раза!).

В разных странах ФР варьируют, однако три остаются неизменными: ПР в анамнезе, многоплодная беременность, короткая шейка матки по данным УЗИ.

Патогенез

Основным механизмом начала родов (как в срок, так и преждевременных) является активация децидуальной оболочки или амниона/хориона. Это в свою очередь приводит к выделению простагландинов, которые в миометрии преобразуются в протеазы и вызывают изменения в шейке матки, активируют миометрий, способствуют разрыву плодных оболочек и началу родов.

В зависимости от этиологического фактора активируются различные структуры, приводящие к ПР.

1 Активация осигипоталамус-гипофиз-кора надпочечников плода приводит

к образованию кортиколиберина и, как следствие, активации амниона и хориона. Происходит это при стрессе матери и плода, преждевременном действии физиологических инициаторов родов.

2 Воспаление на фоне местной или системной инфекции приводит к выбросу провоспалительных цитокинов, продуцируемых макрофагами: TNF, IL-1, IL-6, IL-3, а также CSF и FasL, которые в совокупности стимулируют синтез простагландинов и тем самым индуцируют сократительную активность миометрия, поэтому способны вызывать преждевременные роды или внутриутробную гибель плода.

3 Также амнион и хорион могут активироваться под действием тромбина, рекомбинантного тромбина (при кровоизлиянии в децидуальную оболочку или при механическом растяжении матки).

4 Патологическое перерастяжение матки (может быть обусловлено полигидрамнионом, многоплодной беременностью, аномальным строением матки) ведет к активации IL-8, вырабатываемого амнионом и хорионом, что в сочетании с кортикотропин-релизинг факторами инициирует высвобождение утеротоников и активные сокращения матки. Активность протеаз имеет взаимную регуляцию с децидуальной и плодовой оболочками и, усиливаясь в процессе ПР, ведет к открытию цервикального канала и разрыву плодной оболочки.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Молекулярные аспекты гендерных различий в плаценте приобретают все большее научное значение ввиду феномена реализации различных стратегий развития плода при одинаковом материнском окружении. Так, например, плоду

мужского пола свойственно минимальное плацентарное регулирование экспрессии генов и белков, в то время как женский плод способен к многократной адаптации плацентарных генов и экспрессии белков. Небольшое снижение роста в ответ на неблагоприятные факторы и большая выживаемость плода женского пола в сравнении с мужским (для которого характерен высокий риск нежелательных реакций) обусловлены молекулярными биологическими процессами.

Гендерные различия обнаруживаются в плаценте на уровнях экспрессии генов и белков, эпигенетической модификации ДНК и иммунной функции. Однонуклеотидный полиморфизм (SNP), представляющий собой разницу в один нуклеотид в последовательностях ДНК в геноме мужского и женского плода, также подтверждает факт гендерных различий на молекулярном уровне.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Срок 20–24 недели является пограничным периодом беременности. В зависимости от массы плода, желания родителей и ряда сопутствующих факторов преждевременный разрыв плодных оболочек на этом сроке можно классифицировать как поздний выкидыш или ранние преждевременные роды. На этих сроках у врачей есть возможности поделиться со стратегией в области профилактики.

На сегодняшний день методы профилактики ПР таковы: прогестерон, серкляж, пессарий.

Большое количество научных исследований дают возможность сделать вывод об эффективности того или иного метода, исходя из конкретной клинической картины.

Прогестерон

Прогестерон обладает следующими эффектами: модулирует материнский иммунный ответ (Druckmann R. et al., J Steroid Biochem Mol Biol, 2000; Szekeres-Bartho J., et al., Int Immunopharmacol., 2001; Di Renzo G. C. et al., Gynec Endocrinol., 2012), подавляет воспалительные реакции (Schwartz N., et al., Am J Obstet Gynecol., 2009), уменьшает сократимость матки (Fanchin R. et al., Hum Reprod., 2000; Perusqu a M. et al., Life Sci., 2001; Chanrachakul B. et al., Am J Obstet Gynecol., 2005), а также улучшает маточно-плацентарную циркуляцию (Liu J. et al., Mol Hum Reprod., 2007; Czajkowski K. et al.; Fertil Steril., 2007).

Прогестерон максимально эффективен у женщин с ПР в анамнезе. При этом вагинальное введение прогестерона, по данным Maher M. et al. (2013), более эффективно, чем внутримышечное, и сопряжено с меньшим количеством побочных эффектов. Риск ПР снижается на 45 % при назначении прогестерона со II триместра пациенткам с факторами риска (Hassan et al., 2011). При использовании вагинального прогестерона наблюдается его эффективность в снижении неблагоприятного перинатального исхода у женщин с длиной шейки матки 25 мм и менее. Однако для подтверждения данных выводов необходимы дальнейшие исследования. При многоплодной беременности доза прогестерона должна в 2–3 раза превышать таковую при одноплодной.

Серкляж

Цервикальный серкляж – это хирургическая процедура, предусматривающая наложение швов на шейку матки во время беременности. Целью этой процедуры является поддержание шейки матки в закрытом состоянии и снижение риска преждевременных родов.

Использование серкляжа для профилактики ПР – дискуссионный научный вопрос. Эффективность данного метода при одноплодной беременности у женщин с короткой шейкой матки не доказана РКИ (To et al., 2004). По данным Кохрановских исследований (Rafael T., Berghella V., Alfirevic Z., 2014), при многоплодной беременности отсутствуют доказательства того, что серкляж является эффективным вмешательством для предотвращения ПР и снижения перинатальной смертности или неонатальной заболеваемости.

Однако есть более поздние данные, полученные в исследованиях Conde-Agudelo et al. (2013), которые показывают, что направленное использование серкляжа или вагинального прогестерона может снизить риск ПР у женщин с одноплодной беременностью из группы очень высокого риска (ПР в анамнезе, ШМ < 25 мм).

Направленное использование серкляжа или вагинального прогестерона может снизить риск ПР у женщин с одноплодной беременностью из группы очень высокого риска (ПР в анамнезе, ШМ < 25 мм).

Пессарии

Эффект акушерского пессария (АП) основан на возможности механически отклонить шейку матки к крестцу, слегка удлинив ее и изменив угол между шейкой и маткой.

Arabin V. et al. (2003) в экспериментальном исследовании «случай-контроль» впервые применили пессарии. Проводилось сравнение беременных с двойней до 24-й недели с короткой шейкой матки (< 25 мм) в двух группах: 23 пациентки с выжидательной тактикой и 23 с АП. Средний срок родоразрешения в группе с АП был 35 ± 6 недель по сравнению с 33 ± 2 неделями в контрольной

группе ($p = 0,02$). Был сделан вывод, что использование пессария может значительно снизить риск преждевременных родов у беременных с двойней и с короткой шейкой матки.

Goya et al. (2012) в первом многоцентровом РКИ использования пессариев у женщин без специального отбора после скрининга с помощью ТВ УЗИ показали, что введение пессариев снижало частоту неблагоприятных исходов и обеспечивало пролонгирование беременности (по сравнению с контрольной группой) у женщин с короткой шейкой матки (< 25 мм) между 18-й и 22-й нед. В этом исследовании 385 женщин методом случайного отбора были распределены на 2 группы: с применением пессария ($n = 192$) или с выжидательной тактикой ($n = 193$). В исследовании не включали беременных с крупными пороками развития плода, болезненными регулярными сокращениями матки, активным кровотечением из влагалища, разрывом плодных оболочек, предлежанием плаценты или с конизацией шейки матки в анамнезе или наложенным швом на шейку матки. В группе беременных с применением пессария было меньше родов до 34 нед. беременности (6% против 27%, ОР = 0,24; 95% ДИ 0,13–0,43) и меньше родов до 37 нед. (22% против 59%, ОР = 0,36; 95% ДИ 0,27–0,49) и до 28 нед. (2% по сравнению с 8%, ОР = 0,25; 95% ДИ 0,09–0,73) с достоверным различием суммарных показателей неблагоприятного неонатального исхода.

При многоплодной беременности пессарии не снижают количество ПР, согласно рандомизированному контролируемому испытанию (Nicolaidis et al., 2015). Однако это исследование могло быть лимитировано тем, что врачи, которые занимались установкой пессариев, а не измерением длины шейки матки, не получили достаточной подготовки по данному вопросу. Таким образом, нельзя быть уверенными, что все пессарии были установлены правильно.

Еще одно РКИ, посвященное установке пессариев, не дает возможности судить об эффективности данного метода при различных исходных клинических ситуациях, так как не было учтено множество факторов (Abdel-Aleem H. et al., 2013).

Итак, цервикальные пессарии потенциально могут иметь значение при лечении пациенток с высокой степенью риска ПР, могут существенно помочь женщинам с многоплодной беременностью и короткой шейкой матки независимо от их акушерского анамнеза и могут снизить риск ПР у нерожавших женщин.

Пессарии доступны, безопасны и представляют собой реальную альтернативу в профилактике ПР в популяции многоплодно-беременных высокого риска, отобранных при скрининге длины шейки матки во II триместре.

Следует отметить, что ряд авторов обращают внимание на большое количество пациенток, удаливших пессарии. Это происходит в 22,3 % случаев до 34 недель гестации.

Многовариантную модель принятия решения об установке пессария для профилактики преждевременных родов у женщин с многоплодной беременностью разработали ряд авторов в рамках исследований ProTWIN (Parvin Tajik, Maurice Monfrance, Janneke van 't Hooft, Sophie M.S. Liem, Ewoud Schuit, Kitty W.M. Bloemenkamp, Hans J. Duvekot, Bas Nij Bijvank, Maureen T.M. Franssen, Martijn A.

Oudijk, Hubertina C.J. Scheepers, Marko Sikkema, Mallory Woiski, Ben Willem J. Mol, Dick J. Bekedam, Patrick M. Bossuyt, Mohammad Hadi Zafarmand, Ultrasound Obstet Gynecol., 2016).

По данным авторов ProTWIN, акушерский пессарий не обеспечивает эффективную профилактику нежелательного перинатального исхода или ПР при многоплодной беременности. Короткая шейка матки, одноплодная беременность и первые роды – лучшие условия при установке пессария.

Использование этой модели в ежедневной практике при выборе пессария

По систематизированным данным (ProTwin), короткая шейка матки, одноплодная беременность и первые роды – лучшие условия для установки пессария. ПР в анамнезе и многоплодная беременность ставят под сомнение эффективность установки пессария, так как различные исследования показывают неодинаковые результаты.

снизило бы риск нежелательных перинатальных исходов с 13,5% при отсутствии пессария до 8,1%.

Выводы по оптимальным стратегиям профилактики

УЗИ-скрининг длины шейки матки обязательно необходимо проводить всем беременным перед выбором стратегии профилактики. Рациональность использования прогестерона, серкляжа или акушерского пессария нужно оценивать в зависимости от конкретной клинической ситуации.

1 Женщины с укороченной шейкой матки по данным УЗИ независимо от акушерского анамнеза (даже без факторов риска) должна быть предложена прогестероновая терапия в виде вагинальных капсул или геля.

2 Женщины с ПР или поздним абортотом во II триместре в анамнезе должен быть предложен вагинальный прогестерон ежедневно на основе оценки соотношения пользы и риска для пациентки.

3 Женщины с многоплодной беременностью можно использовать вагинальный прогестерон, однако необходимы дальнейшие РКИ для определения оптимальной дозы.

4 Женщины с одноплодной беременностью, короткой шейкой матки на сроке до 24 недель и ПР в анамнезе необходимо предлагать выпол-

нение цервикального серкляжа или введение вагинальной формы прогестерона. Оба метода могут предлагаться после обсуждения соотношения преимуществ и риска, а также принятия во внимание предпочтений пациентки.

5 На основании имеющихся данных, цервикальный серкляж не должен применяться при многоплодной беременности.

6 Цервикальный пессарий можно предлагать женщинам с многоплодной беременностью и женщинам с укороченной шейкой матки при одноплодной беременности. Однако для прояснения противоречивых данных по применению пессария необходимы дополнительные РКИ.

Список литературы находится в редакции



III ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
**НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ
В АКУШЕРСТВЕ**
24-26 апреля 2019, Москва
www.emergency-ncagip.ru

Ключевые темы конференции

Причины материнской смертности

- ▲ Кровотечения
- ▲ Эмболические осложнения
- ▲ Тяжелая сопутствующая патология
- ▲ Преэклампсия/эклампсия
- ▲ Сепсис

УЗИ навигация в акушерстве, анестезиологии и интенсивной терапии

Осложнения анестезии

Оценка рисков и фатальные ошибки в акушерстве:

- ▲ Проблемы организации командной работы и взаимодействия медицинского персонала

Разбор клинических случаев:

- ▲ Кровотечение
- ▲ Эмболия околоплодными водами
- ▲ Остановка кровообращения
- ▲ Эклампсия
- ▲ Септический шок

По вопросам участия

Тел.: +7 (495) 646-01-55, доб. 140
E-mail: nsa@ctogroup.ru

Реклама

Искусственное прерывание беременности: обзор судебной практики

Карина Рябинина, юрист

Искусственное прерывание беременности — стандартная процедура в гинекологической практике. Однако некоторые признаки такого действия способны привести к тому, что его могут признать незаконным.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ

Положения, регулирующие проведение искусственного прерывания беременности, прежде всего содержатся в ст. 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно этому документу, каждая женщина вправе самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия при сроке беременности до 12 недель:

1. Не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию:

а) при сроке беременности 4–7-я недели;

б) при сроке беременности 11–12-я недели, но не позднее окончания 12-й недели беременности.

2. Не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию при сроке беременности 8–10-я недели.

Аборт по социальным показаниям разрешен при сроке беременности до



За нарушение сроков ожидания (так называемое «время тишины»), которое дается для принятия решения об аборте) штраф составит: для граждан* от 4 до 5 тыс. руб., для должностных лиц – от 10 до 30 тыс. руб., для юридических лиц – от 100 до 150 тыс. руб.

* Под гражданами подразумеваются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами, под должностными лицами – главный врач (директор), заместители главного врача, заведующие консультацией или отделением, под медицинскими организациями – медицинские учреждения или организации вне зависимости от формы собственности.

22 недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.

Более детальный порядок искусственного прерывания беременности содержится в ч. IX «Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”», утвержденного Приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н. В частности, здесь есть указание на проведение абортов акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию. Также рас-

писан порядок проведения процедуры на разных сроках беременности.

ПРЕСТУПЛЕНИЕ И НАКАЗАНИЕ

Уголовный кодекс Российской Федерации (УК РФ) в ст. 123 предусматривает наказание за два деяния, связанных с незаконным выполнением аборта:

- ч. 1 ст. 123 УК РФ – проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля;
- ч. 3 ст. 123 УК РФ содержит состав с отягчающими обстоятельствами – то же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью.

Помимо этого нормы об ответственности за незаконный аборт содержатся и в ст. 6.32 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации (КоАП РФ). Административная ответственность может наступить за одно из предусмотренных статьей деяний:

- ч. 1. ст. 6.32 КоАП РФ – нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия;
- ч. 2. ст. 6.32 КоАП РФ – нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством.

Кроме того, информация о незаконном проведении абортов запрещена к распространению через Интернет.

Суд постановил Уголовное наказание

Суд постановил Уголовное наказание

В наше время уголовных дел, связанных с незаконным производством аборта, немного. Эксперты объясняют это разумной политикой государства, когда женщина имеет право прервать беременность по своему желанию.

Тем не менее подобное происходит даже в стенах лечебных учреждений. Так, например, в республике Хакасия в здании больницы женщина обратилась к подсудимой для произведения аборта. У последней не было медицинского образования соответствующего профиля, но были знания о том, как прервать беременность.

В операционной гинекологического отделения подсудимая ввела кюретку в

матку потерпевшей, но допустила преступную небрежность и причинила перфорацию матки, задев прямую кишку. Такой вред здоровью потерпевшей был расценен как тяжкий, способный повлечь опасность для жизни.

Суд квалифицировал преступление по ч. 3 ст. 123 УК РФ, а именно – как незаконное проведение искусственного прерывания беременности, повлекшее причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшей.

Явка с повинной, признание вины и содействие следствию, помощь потерпевшей после содеянного, раскаяние и извинения перед ней были признаны смягчающими обстоятельствами, с учетом которых суд назначил наказание в виде лишения свободы на один год условно.

В Республике Алтай слушалось уголовное дело в отношении подсудимой, осуществившей незаконное проведение аборта на дому. При этом подсудимая не имела медицинского образования соответствующего профиля.

Потерпевшая на 17–18-й неделе беременности обратилась к подсудимой за прерыванием беременности, пообещав за это вознаграждение. Подсудимая приготовила раствор из воды, одеколона и хозяйственного мыла и ввела его при помощи спринцовки и катетера в матку потерпевшей. Таким образом беременность была искусственно прервана, но потерпевшую через два дня госпитализировали с подозрением на сепсис.

Суд квалифицировал данное деяние по ч. 1 ст. 123 УК РФ. Смягчающими обстоятельствами для подсудимой стали явка с повинной, признание вины и то, что она воспитывает малолетнего ребенка. Суд приговорил ее к 10 месяцам исправительных работ с удержанием в доход государства 15% заработной платы.

Административный штраф

Кроме подобных случаев происходят и нарушения в части оформления процедуры искусственного прерывания беременности.

Так, в 2013 году в больнице Республики Тыва не было получено информированное добровольное согласие пациентки на производство аборта, а также не имелось заключения о наличии у беременной патологии, которая служит показанием для проведения искусственного прерывания беременности. Это не влечет за собой уголовную ответственность, однако является основанием для привлечения виновного юридического лица к ответственности административной. Суд квалифицировал деяние по ч. 3 ст. 19.20 КоАП РФ – осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), если специальное разрешение (лицензия) обязательно (обязательна).

С 2014 года в КоАП РФ появилась норма (ч.1 ст. 6.32), регулирующая конкретно ситуацию неполучения информированного добровольного согласия от пациента.

Блокировка распространения запрещенной информации

Негативные последствия могут наступить и для интернет-сайтов, если они будут содержать информацию о непрофессиональном искусственном прерывании беременности.

Так, например, в Мурманской области и в Удмуртской Республике прокуратура обратилась в суд в защиту неопределенного круга лиц. Поводом послужило размещение на сайтах информации об абортах в домашних условиях. Решениями судов соответствующие страницы этих сайтов включили в Единый реестр запрещенной информации.

22-23 МАЯ 2019, МОСКВА

XXXV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПЛОД КАК ПАЦИЕНТ: ВНУТРИУТРОБНАЯ МЕДИЦИНА



XV КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ АКАДЕМИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

ОРГАНИЗАТОРЫ



Международная академия перинатальной медицины



Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова

КОНТАКТЫ

Обухова Лилия

Тел.: +7 (495) 646-01-55 доб.140

Моб.: +7 (926) 918-96-80

E-mail: congress@fetus2019.ru

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

- Неинвазивная пренатальная диагностика — последние достижения
- Пренатальный скрининг и диагностика — фокус на первый триместр
- Фетальная терапия, хирургия и анестезиология
- Ультразвуковая диагностика и МРТ: беременность — роды, плод — новорожденный
- Преждевременные роды и переношенная беременность: профилактика, тактика ведения беременности и родоразрешения
- Преэклампсия — оценка риска, профилактика, терапия и родоразрешение
- СЗРП и макросомия, диабет и ожирение — глобальная проблема следующего поколения перинатологов
- Многоплодная беременность: от зачатия и первого триместра до родов и периода новорожденности
- Оценка состояния плода в родах — консервативное и оперативное акушерство.
- Новорожденные с экстремально низкой массой при рождении
- Перинатальное питание: беременная, плод, новорожденный

FETUS2019.RU



Реклама

НОВЫЕ КНИГИ ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

1.



Лечение бесплодия при эндометриозе. Взгляд репродуктолога

Краснопольская К.В.

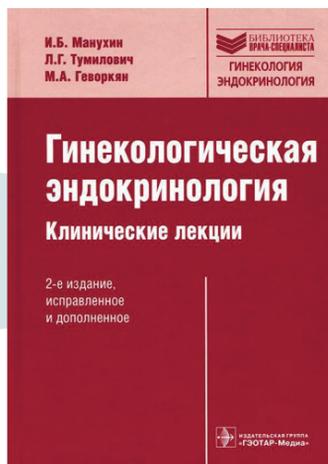
М.: МЕДпресс-информ, 2019. 112 с.

Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. Библиотека врача-специалиста

Манухин И.Б. и др.

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 304 с.

2.



Клинические нормы. Акушерство и гинекология

Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е.

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 352 с.

3.

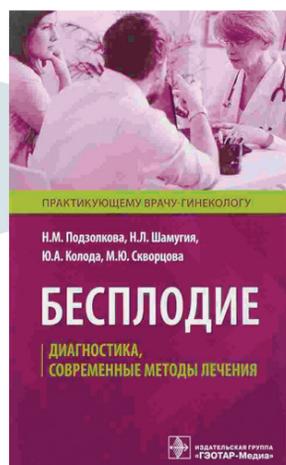


Бесплодие. Диагностика, современные методы лечения

Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Шамугия Н.Г.

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 144 с.

4.



Иммунное мужское бесплодие. Учебное пособие

Сухих Г.Т., Божедомов В.А.

Е-ноты, 2018. 80 с.

5.



5 шагов к успешной контрацепции. Руководство для врачей

Дикке Г.Б.

М.: ИД «Академия Естествознания», 2017. 428 с.

Доступна онлайн-версия: www.monographies.ru/ru/book/view?id=660.

6.



ВОЗ опубликовала Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11)

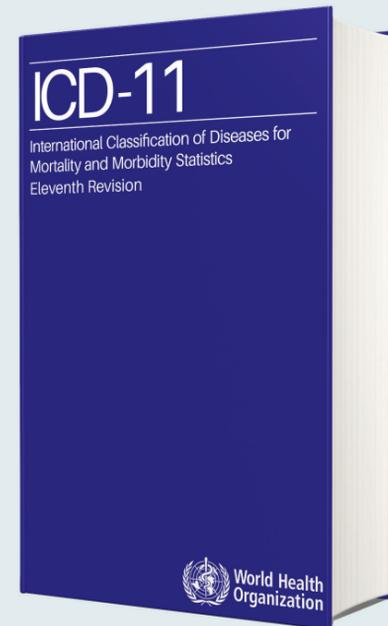
МКБ служит основой для отслеживания тенденций и ведения статистики в области здравоохранения во всем мире, она содержит примерно 55 000 уникальных кодов травм, болезней и причин смертности. Благодаря ей специалисты здравоохранения всей планеты имеют общий язык, позволяющий им обмениваться информацией по вопросам здоровья.

«МКБ – продукт, которым ВОЗ по праву гордится, – отметил генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус. – Она дает нам возможность понимать многообразие причин, по которым люди болеют и умирают, и принимать меры для предотвращения страданий и спасения жизней».

МКБ-11, подготовка которой продолжалась свыше 10 лет, отличается от предыдущих версий целым рядом важных улучшений. Она впервые выходит в полностью электронном виде и имеет гораздо более удобный для читателя формат.

По сравнению с МКБ-10 в новой версии добавлено пять классов: «Болезни крови и кроветворных органов», «Нарушения иммунной системы», «Расстройства цикла сон/бодрствование», «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем» и дополнительный класс «Заболевания, известные в народной медицине. Модуль I». Классы «Болезни кожи», «Аномалии развития» и «Симптомы, признаки и клинические данные, не отнесенные к другим категориям» подверглись значительной реструктуризации.

МКБ-11 будет представлена для принятия государствами-членами на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2019 г. и вступит в силу 1 ян-



варя 2022 года. Данный выпуск носит предварительный, ознакомительный характер и позволит странам выработать планы по использованию новой версии, подготовить ее переводы и провести общенациональную подготовку специалистов здравоохранения.

Бесплодие неустановленной причины: внутриматочное осеменение в сравнении с выжидательной тактикой

Открытое рандомизированное контролируемое двухцентровое исследование показало преимущества внутриматочного осеменения и стимуляции яичников перед выжидательной тактикой при бесплодии неустановленной причины.



Женщинам, которые не могли забеременеть естественным путем по неустановленной причине, назначали процедуру внутриматочного осеменения (ВМО) со стимуляцией яичников в качестве альтернативы экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО). Контролем служила группа с выжидательной тактикой.

Среди участниц, включенных в группу с ВМО, отмечена повышенная частота случаев естественного зачатия в сравнении с контрольной группой (31 против 9 % соответственно; отношение рисков 3,41; 95 % ДИ: 1,71–6,79; $p=0,0003$).

Вывод: ВМО со стимуляцией яичников – безопасный и эффективный вид лечения пациенток с бесплодием и неблагоприятным прогнозом естественного зачатия.

Источник: Farquhar CM et al. Intrauterine insemination with ovarian stimulation versus expectant management for unexplained infertility (TUI): a pragmatic, open-label, randomised, controlled, two-centre trial. The Lancet; 2018.

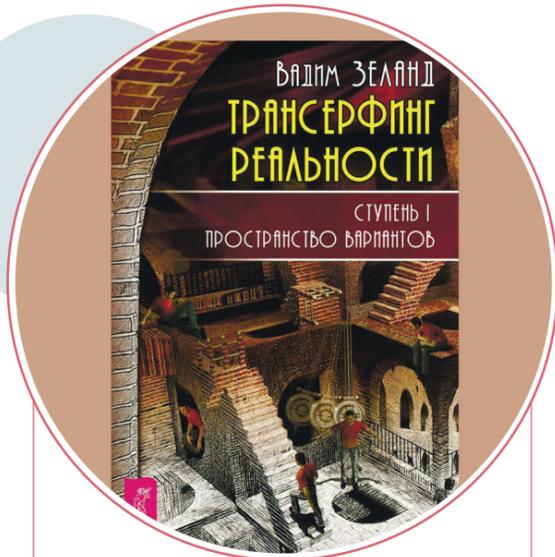
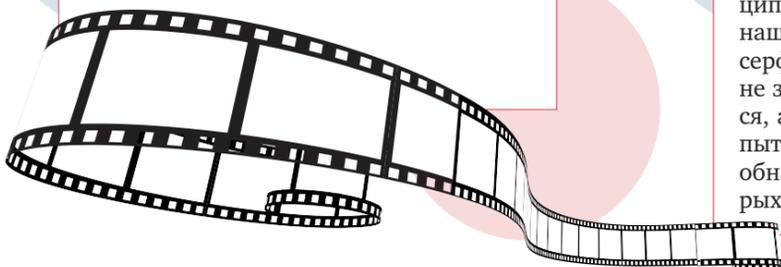


КИНО

**Выбор главного редактора
Галины Борисовны Дикке**

«ЦВЕТОК ПУСТЫНИ»
Великобритания, Германия, Австрия,
Франция. 2009.
Режиссер: Шерри Хорман.
Жанр: драма, биография.

Необычайная истинная история женщины, которая пересекла пустыню и изменила мир. История Варис Дирие – простой девочки-кочевницы из Сомали. В 13 лет она сбежала из семьи, добралась до Могадишо, а потом оказалась в Лондоне. Через несколько лет ей удалось стать одной из популярнейших моделей мира. Варис не была первой темнокожей топ-моделью, но она стала первой женщиной, которая в детстве подверглась женскому обрезанию (FGM), а затем публично осудила эту практику, была назначена специальным посланцем ООН и создала Фонд по борьбе с FGM.



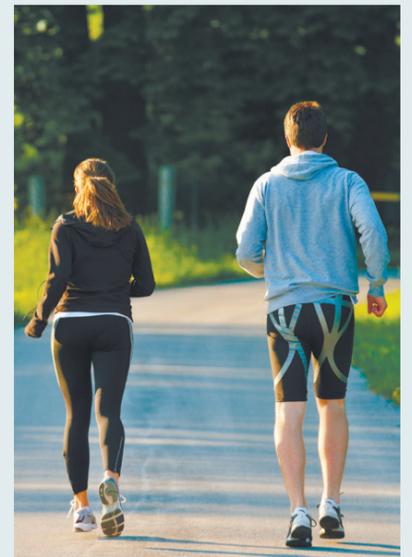
КНИГА

**Выбор профессора
Ольги Анатольевны Пустотиной**

Вадим Зеланд
«ТРАНСЕРФИНГ РЕАЛЬНОСТИ.
СТУПЕНЬ I. ПРОСТРАНСТВО
ВАРИАНТОВ»
М., 2018. 224 с.

«Пространство вариантов» – это первая книга трилогии Вадима Зеланда «Трансерфинг реальности». Речь в ней идет об очень странных и необычных вещах. Это настолько шокирует, что не хочется верить. Но вера и не потребуется – вы сами во всем убедитесь. Только будьте готовы к тому, что после чтения ваше привычное мировоззрение рухнет, ведь книга несет ошеломляющие своей дерзостью идеи. Трансерфинг – это мощная техника, дающая власть творить невозможные с обыденной точки зрения вещи, а именно – управлять судьбой по своему усмотрению. В основе трансерфинга лежит модель вариантов – принципиально новый взгляд на устройство нашего мира. Это первая ступень трансерфинга и первые шаги мага. Человек не знает о том, что может не добиваться, а просто получать желаемое. Вы испытаете непередаваемые чувства, когда обнаружите у себя способности, о которых и не подозревали.

Глобальный план ВОЗ



Доказано, что регулярная физическая активность способствует профилактике и лечению неинфекционных заболеваний, таких как болезни сердца, инсульт, сахарный диабет, рак груди и толстой кишки. А также снижает риск гипертензии, избыточного веса и ожирения, оказывает положительное влияние на психическое здоровье и качество жизни.

Именно поэтому ВОЗ разработала «Глобальный план действий по повышению уровня физической активности на 2018–2030 гг.». Он содержит 20 рекомендаций, которые призваны помочь руководствам стран организовать деятельность, направленную на формирование физически активного общества путем улучшения окружающей среды и создания благоприятных условий для повышения мотивации к занятиям физкультурой и спортом людей разных возрастов и разных возможностей.

Кроме того, план призывает поддерживать специальную подготовку работников здравоохранения и других специалистов, а также использование цифровых технологий.

Новости медицинского образования



За новыми знаниями – к экспертам

«Экспертология» – новый научно-образовательный проект в сфере акушерства и гинекологии. Проект создан для всестороннего научно-практического информирования об актуальных мировых практиках акушерства и гинекологии.

Руководитель и создатель проекта – акушер-гинеколог высшей категории, доктор медицинских наук, член Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC), член Международного сообщества по эндокринной гинекологии (ISGE)
Ольга Анатольевна Пустотина.

В **Совет независимых экспертов** вошли ведущие специалисты страны: акушеры-гинекологи, урологи, маммологи, гематологи, генетики, неонатологи, дерматовенерологи, эндокринологи.

Основная задача, стоящая перед проектом, – повышение уровня знаний медицинского и гражданского общества о репродуктивном здоровье женщин и его значимом влиянии на демографическую ситуацию в стране. Эту задачу «Экспертология» осуществляет посредством организации тематических

мероприятий – как встреч профессионалов, так и массовых просветительских акций – во всех регионах России и за рубежом. За два года существования проекта прочитано более 300 лекций в 72 городах Российской Федерации и 7 зарубежных странах. Организовано 36 научно-образовательных мероприятий в ЛПУ Москвы, 5 симпозиумов в рамках всероссийских научно-практических конференций.

Кроме образовательной и научной деятельности сотрудники проекта принимают участие в создании и ведении электронного сайта www.expertologiya.ru для информирования врачей о планируемых и проведенных в рамках проекта мероприятиях. Здесь же доступны записи выступлений экспертов проекта «Экспертология», онлайн-консультирование, дискуссии и ответы на вопросы.

Акушерство и гинекология

№2 / 2019
УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом
«АБВ-пресс»
Директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Дикке Галина Борисовна

Директор по рекламе: Гапонова И. В.
Руководитель проекта: Строковская О. А.
Шеф-редактор: Кононова О. Н.
Корректор: Бурд И. Г.
Дизайн и верстка: Перевиспа Ю. В.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15

тел.: +7 (499) 929-96-19

e-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
Типография
ООО «Юнион Принт»
Заказ № 190887
Тираж 10 800 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-74579 от 14.12.2018. Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.