



Тема номера

Вирусы семейства Herpes

с. 3

Международные стандарты ведения пациентов с герпесвирусной инфекцией

с. 4

Комплексная диагностика микрофлоры урогенитального тракта

с. 6

Новое в патофизиологии и лечении синдрома поликистозных яичников

с. 8

Какие витамины нужны беременным?

Слово главного редактора



Галина Борисовна ДИКЕ

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

Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!

Этот выпуск газеты «Акушерство и гинекология сегодня» мы решили посвятить одной из самых распространенных в мире инфекций — генитальному герпесу, которым страдают более 400 млн человек на фоне 90 %-ного носительства вируса простого герпеса (ВПГ), или герпесвируса человека (ГВЧ).

Патрику О'Нейлу, американскому журналисту и общественному деятелю, принадлежит высказывание: «Сексуальная революция закончилась полной победой вирусов!» Действительно, ВПГ 2 типа может выступать как кофактор канцерогенеза, инициируя развитие дисплазии шейки матки и поддерживая этот процесс в состоянии стабилизации. Он способен инициировать развитие атеросклероза, действуя в ассоциации с цитомегаловирусом. Обсуждается и роль ГВЧ в патогенезе болезни Альцгеймера — эта дискуссия развернулась после демонстрации возможного участия вируса в накоплении бета-амилоида в тканях головного мозга.

Важным обстоятельством, характеризующим ВПГ-1 и -2, признаны нарушения иммунного ответа на другие инфекционные процессы, что проявляется дисрегуляцией продукции гамма-интерферона и интерлейкина-10.

Установлено, что герпесвирусы могут активировать геном находящегося на стадии провируса ВИЧ и являются кофактором прогрессии вызываемого им заболевания. Наконец, герпес занимает первое место среди перинатальных TORCH-инфекций, оказывая неблагоприятное, часто фатальное влияние на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного.

Наши авторы представляют в своих материалах современные подходы к управлению этой многоликой инфекцией, которые, надеемся, помогут вам, уважаемые коллеги, в практической работе.

Актуальное интервью

Многоликий и коварный

Одной из самых трудноразрешимых проблем в акушерстве и гинекологии остается генитальный герпес (ГГ) — инфекция, вызываемая вирусами простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ-1 и ВПГ-2). В чем заключается коварство этих инфекционных агентов, какими возможностями по их выявлению и борьбе с ними располагает современная медицина? Об этом мы поговорили с акушером-гинекологом, профессором Ириной Всеволодовной Кузнецовой.

— Ирина Всеволодовна, почему практикующий врач, сталкиваясь с ВПГ, ощущает, что ступает на *terra incognita*?

— Трудно искать черную кошку в темной комнате, особенно когда эта кошка уже покинула. Ведь именно так ведет себя вирус простого герпеса: переселяясь после первичного инфицирования по сенсорным нейронам в ганглии, он навсегда встраивается в геном нейронцитов, становясь недоступным для диагностического поиска. Периодически, обычно при снижении иммунного контроля, вирус активизируется, реплицируется и начинает «путешествие» по отросткам нейрона, доходя до эпителиальной кожи и слизистых оболочек. И тогда, в момент рецидива, ДНК ВПГ можно определить в специфических кожных повреждениях. Но, во-первых, для этого надо качественно взять материал с захватом эпителиоцитов; во-вторых, такие повреждения кожи в виде везикул появляются при герпесвирусной инфекции далеко не всегда. Разнообразие клинических форм заболевания, примерно в 1/4 случаев протекающего атипично, и объективные диагностические сложности приводят к тому, что врач не ощущает уверенности, и нередко каждый его шаг вплоть

до назначения терапии напоминает попытку вслепую ухватить диагноз — как хвост ускользающей в темноте кошки.

Неуверенность врача передается пациенту. На это накладываются рецидивирующий характер болезни и ограниченные лечебные возможности, что, несомненно, травмирует психику. Еще одно обстоятельство, непосредственно относящееся к акушерско-гинекологической практике, заключается в устойчивых лидирующих позициях ВПГ среди возбудителей перинатальных TORCH-инфекций и его серьезное, часто фатальное влияние на исходы для плода и новорожденного. Наконец, замыкает круг связанных с герпесвирусной инфекцией проблем возможность отсутствия клинических проявлений. Речь идет не о носительстве вируса, а именно о протекающих бессимптомно обострениях с выделением вирусных частиц на слизистые оболочки. Ничем не угрожая самому пациенту, это значительно повышает вероятность передачи инфекционного субстрата половому партнеру.

— А о чем говорят результаты популяционных исследований, посвященных распространенности ГГ?



Ирина Всеволодовна КУЗНЕЦОВА

Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НИЦ НИО женского здоровья ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

— Оценить истинный масштаб этого заболевания на основании клинических данных невозможно, учитывая его частое стертое течение и большое число нераспознанных эпизодов. Согласно результатам первой глобальной оценки эпидемиологии герпесвирусной инфекции, свыше 0,5 млрд людей в мире инфицированы ВПГ-2, который является причиной большинства случаев ГГ. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний

Продолжение на с. 2 ▶

Новости

Грудное вскармливание снижает риск диабета у женщин

Женский организм подвергается серьезной нагрузке во время беременности, что может приводить в том числе и к развитию диабета. Нередко заболевание начинается на фоне роста резистентности к инсулину, которая возникает в результате увеличения массы тела будущей матери.

Южнокорейские ученые из Института передовых технологий провели эксперимент с участием 174 женщин; из них 85 кормили ребенка грудью в течение 2 месяцев после родов и потом еще на протяжении 3 лет. Исследование показало, что во время грудного вскармливания происходит активный синтез серото-

нина, который воздействует на функциональность бета-клеток поджелудочной железы, а также на гомеостаз глюкозы. Это значительно снижает риск развития диабета после родов.

Источник: J. H. Moon et al. Lactation improves pancreatic cell mass and function through serotonin production. Science Translational Medicine. 2020;12(541)

« Окончание с с. 1

США (CDC), распространенность ВПГ-2 среди женщин почти в 2 раза превышает величину для мужской популяции (20,9 % против 11,5 %). Генитальный герпес, вызываемый этим возбудителем, рецидивирует у 90% инфицированных. Средняя частота рецидивов составляет 0,3–0,4 в месяц — существенно выше, чем для ВПГ-1 с показателем 0,09.

Обязательная регистрация ГГ была введена в РФ с 1993 г. Данные официальной статистики свидетельствуют о том, что заболеваемость в нашей стране имеет тенденцию к постоянному увеличению. Так, за 1993–2013 гг. количество вновь выявляемых случаев возросло в 2,9 раза (с 7,4 до 21,7 на 100 тыс. населения). Тем не менее показатели заболеваемости для России по сравнению с развитыми государствами подозрительно низки, и виной тому могут быть как недостаточная диагностика, так и пренебрежение правилами обязательной регистрации трансмиссивных инфекций. В первом случае ответственность можно разделить между врачами и пациентами. Не только медицинские работники пропускают случаи ГГ. Плохая информированность населения и, как следствие, низкая обращаемость за помощью не менее значимы. Часть больных, испытывающих зуд, жжение или имеющих выделения из половых путей, не считают это поводом для обращения к врачу, которое, правда, тоже не гарантирует быстрой диагностики.

ВПГ относится к редким причинам патологических урогенитальных выделений, и для установки правильного диагноза специалисту порой приходится преодолевать сложный путь последовательного исключения более вероятных возможностей, которые к тому же вполне могут сосуществовать с герпесвирусной инфекцией. Обнаружив такую более частую причину заболевания, врач завершает диагностический поиск, возобновляя его лишь при безуспешности назначенного лечения.

Что касается правил обязательного инфекционного учета, то в пренебрежении ими обвиняют главным образом частные клиники, хотя на самом деле этим грешат и сотрудники государственных ЛПУ.

— Довольно большое количество беременных серопозитивны по ВПГ. Когда стоит бить тревогу?

— Вероятность внутриутробного инфицирования при наличии антител к ВПГ составляет до 1%. Гораздо более следует опасаться первичного заражения во время беременности — в отсутствие еще не сформированного иммунного ответа вирус имеет все шансы преодолеть плацентарный барьер. Следующий скачок уровня опасности приходится на роды, когда ребенок рискует заразиться при прохождении через половые пути мате-

ри в момент рецидива ГГ. Постнатальное инфицирование при соблюдении матерью обычных гигиенических правил маловероятно.

Последствия активности ВПГ для плода и ребенка весьма серьезны: среди них внутриутробные инфекции и антенатальная гибель плода, врожденные пороки развития, первичный герпес новорожденных с тяжелым поражением нервной системы. Этого вполне достаточно, чтобы считать профилактику вирусной передачи от матери будущему ребенку важнейшей задачей ведения пациентов с ГГ. Планирование беременности возможно лишь при достижении стойкой ремиссии не только у страдающих рецидивирующим ГГ, но и у их половых партнеров. При рецидиве болезни к моменту окончания беременности родоразрешение происходит путем кесарева сечения. Малейшее подозрение на первичное инфицирование ВПГ дик-

герпесвирусной инфекции не рекомендованы. Серологическое исследование возможно при наличии клинических рецидивов ГГ у лиц с отрицательными данными ПЦР-РВ, а также для выявления дискордантных пар — например, беременная без клинических проявлений и ее муж, страдающий генитальным герпесом.

— Какие результаты лечения пациенток, инфицированных ВПГ, можно назвать положительными?

— Главное условие успешной тактики ведения таких пациенток заключается в ее разработке согласно характеру и особенностям течения инфекции: первый клинический эпизод ГГ (терапия острого эпизода); рецидивирующий генитальный герпес (лечение и профилактика рецидивов); часто рецидивирующий, тяжелый или осложненный ГГ (супрессивная терапия).

Действующие клинические рекомендации предписывают подтверждать диагноз ГГ при помощи ПЦР (оптимально — ПЦР-РВ), после чего инициировать противовирусную терапию. По достижении клинической ремиссии следует переходить к профилактическому этапу ведения. В противном случае показаны повторный курс противовирусного лечения либо супрессивная терапия.

тует необходимость незамедлительной диагностики, важнейший компонент которой — определение ДНК ВПГ-1 и ВПГ-2 в урогенитальном тракте методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ).

— Можно ли говорить о состоявшемся переходе от культуральной диагностики к методам, основанным на серологии и полимеразной цепной реакции?

— Методики амплификации нуклеиновых кислот, в том числе ПЦР-РВ, сегодня занимают первое место в диагностике инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). ПЦР-РВ позволяет быстро получить результат и практически исключает вероятность воздействия человеческого фактора. Однако негативные данные могут означать не отсутствие вируса, а недостаточное качество забора материала, и в таких случаях ПЦР-диагностика производится еще 3 раза с интервалом в 1 мес.

Изоляция вируса в культуре клеток имеет высокие — более 90% — чувствительность и специфичность, а также позволяет использовать образец для тестирования противовирусной активности соответствующих препаратов. Однако этот способ не лишен недостатков: существуют методологические трудности в сохранении образцов, а сам результат доступен не ранее чем через 7–10 дней. Метод иммуноферментного анализа (ИФА) и реакция иммунофлюоресценции в настоящее время для диагностики

Целью лечения клинических эпизодов болезни является уменьшение их продолжительности и тяжести. К сожалению, на сегодняшний день это все, что мы можем сделать, и для этого в нашем арсенале существуют ациклические нуклеозиды: ацикловир, валацикловир и фамцикловир. Сейчас рекомендовано увеличение продолжительности терапии первого эпизода ГГ ациклическими нуклеозидами до 10 дней при сокращении кратности ежедневного приема, что осуществимо путем подбора препарата с улучшенными фармакологическими характеристиками. Сопоставимая эффективность одинаковой (5 дней) продолжительности назначения валацикловира в дозе 500 мг 2 р/сут и ацикловира 200 мг 5 р/сут была показана в двойном слепом рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ), в котором приняли участие 739 больных рецидивирующим ГГ (N. J. Bodsworth et al., 1997). При сопоставимом эффекте уменьшение кратности приема до 2 р/сут выводит валацикловир на позицию терапевтического метода 1 линии.

Успех противорецидивных мероприятий заключается в недопущении выхода вируса из ганглиев и последующей его рециркуляции. Ввиду этого ведущее место отводится поддержанию высокого иммунного статуса организма, в том числе с помощью здорового образа жизни. Однако каждый повторный эпизод ГГ требует лечения. Терапевтические

возможности курсов валацикловира по 500 мг 2 р/сут длительностью 5 дней были оценены в московском Центре вирусной патологии кожи на 30 пациентах с тяжелым течением герпетической инфекции (частота рецидивов 6–8 раз в год). Выявлено, что валацикловир быстро и эффективно купирует клинические проявления: уже через 12 ч после первого приема их интенсивность снижалась, а к 3-му дню лечения симптомы исчезали полностью. На основании выводов этой и других работ можно определить возможную продолжительность терапии каждого эпизода при рецидивирующем герпесе равной 3 дням.

При необходимости супрессивного лечения ацикловир исключается из списка релевантных лекарственных средств. С ситуациями часто рецидивирующего, тяжелого или осложненного ГГ лучше справляется валацикловир, обладающий благоприятным профилем безопасности даже при длительной терапевтической супрессии.

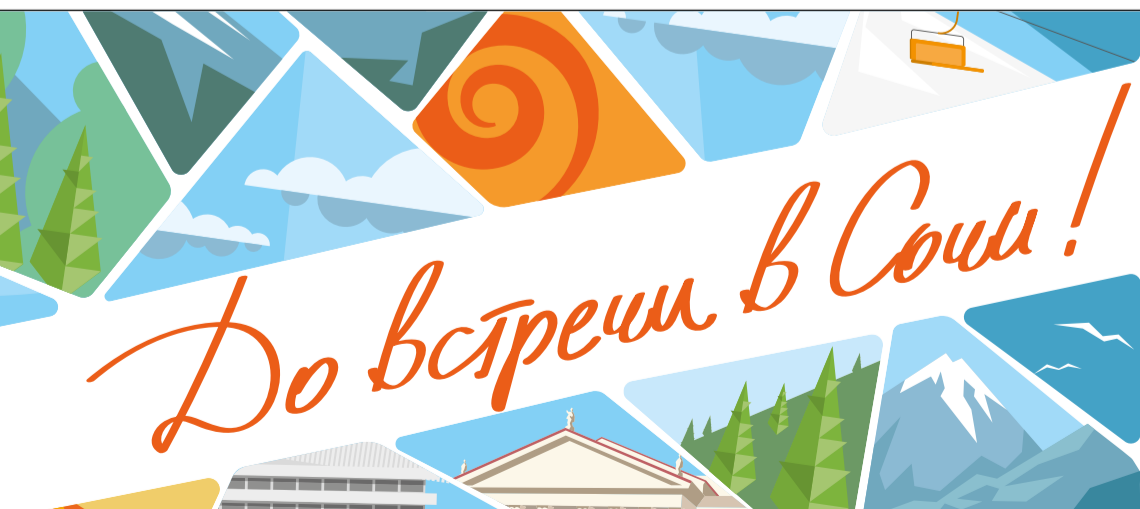
— Расскажите, пожалуйста, о самых распространенных терапевтических ошибках при составлении схем лечения герпесвирусной инфекции.

— Прежде всего это попытки воздействовать на иммунитет с целью вернуть вирус в место его персистенции, игнорируя при этом назначение ациклических нуклеозидов. Иммуномодуляторы, несомненно, могут использоваться для профилактики рецидивов, но они являются вспомогательным методом. Неправильно также назначение топической терапии без средств системного действия. Она достаточно эффективно устраняет клинические проявления, но репликация вируса при этом не прекращается, приводя к быстрому возникновению рецидивов. К тому же особенности локализации повреждений при генитальном герпесе не способствуют их адекватной местной обработке. Поэтому это воздействие, часто достаточное в лечении ассоциированного с ВПГ-1 лабиального герпеса, при терапии ГГ носит вспомогательный характер.

— Как мы видим, нынешние возможности в лечении ГГ ограничены и не позволяют избавиться от вируса навсегда. А есть ли шанс наконец установить флаг на этой terra incognita?

— Время для установки победного флага еще не пришло, хотя появились такие технологии, как CRISPR/Cas9, обладающие способностью редактировать латентную вирусную ДНК в сенсорных нейронах. В 2018–2020 гг. вышли интересные публикации на данную тему, и есть надежда, что CRISPR/Cas9 скоро сможет стать многообещающей стратегией лечения и профилактики герпетических инфекций.

Беседовала Катерина Яркова



14-й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР
СОЧИ – СЕНТЯБРЬ
 5–8 сентября 2020 года
 «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргументы»

+7 (499) 346 3902
 tz@praesens.ru

praesens.ru
 stpraesens

praesens
 statuspraesens



StatusPraesens profimedia

spnavigator



Герпес под контролем

Вопросы ведения пациентов с вирусом простого герпеса (ВПГ), или герпесвирусом человека (ГВЧ), в настоящее время регламентированы рядом российских и зарубежных протоколов, включая Европейское руководство 2017 г. и рекомендации ВОЗ 2016 г.

Актуальное Европейское руководство в сравнении с предыдущим документом 2010 г. содержит ряд нововведений:

- «золотым стандартом» диагностики герпесвирусных инфекций признано определение ДНК ВПГ, а не выделение вируса в культуре клеток, как было принято ранее;
- курс лечения первого клинического эпизода ВПГ у ВИЧ-положительных пациентов должен составлять 10 дней;
- при выборе метода эпизодического лечения рецидивов необходимо отдавать предпочтение кратковременному воздействию;
- четко определены режимы супрессивной терапии, включая рекомендации по второму этапу ведения пациентов с плохо поддающимся контролю течением болезни.

формирования резистентности к препаратам группы аналогов нуклеозидов.

Рецидивирующая герпетическая инфекция предусматривает использование 2 схем — эпизодической и супрессивной терапии. Первую следует начинать в течение ближайших 24 ч после начала клинической манифестации или уже на этапе предвестников (табл. 2).

Супрессивная терапия может быть назначена лицам с тяжелым течением и частыми обострениями герпесвирусной инфекции, при отсутствии продромы, одновременном применении иммуносупрессоров, а также для нивелирования рисков передачи возбудителя. Учитывая тот факт, что частота рецидивов — понятие достаточно субъективное, на первый план

пользование иммуномодуляторов. Так, в отечественных рекомендациях регламентировано применение препарата интерферона гамма системного действия. Его назначают в дозе 500 000МЕ 1 р/сут подкожно через день (курс 5 инъекций). В основе действия вещества лежит способность ингибировать В-клеточный ответ, эффекты интерлейкина-4, подавлять продукцию IgE и экспрессию CD23-антигена. Кроме того, интерфероны обладают свойством блокировать репликацию вирусных ДНК и РНК, синтез вирусных белков, а также ограничивать жизнедеятельность вирус-инфицированных клеток. Это характерно и для других препаратов данной группы с различными способами введения:

- человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b в сочетании с α -то-

уделяется столь большое внимание. В частности, при первичном инфицировании на ранних сроках гестации — I и II триместры — следует назначить стандартные дозы ацикловира, а саму беременность вести выжидательно. Применяя препарат с 36 нед в дозе 400 мг 3 р/сут, можно предотвратить не только внутриродовой рецидив инфекции, но и уменьшить вероятность выполнения кесарева сечения. Если дебют ВПГ приходится на последний триместр (особенно при появлении клинической симптоматики генитального герпеса в последние 6 нед антенатального периода), наряду с использованием ацикловира в указанной дозе рекомендуется проведение кесарева сечения, что позволяет снизить риск вирусывыделения при родах *per vias naturales*.

Таблица 1. Лечение первичного эпизода генитального герпеса

Препарат	Разовая доза, мг	Путь введения	Кратность, р/сут	Продолжительность курса, дни	
				Рекомендации ВОЗ	Европейские рекомендации
Ацикловир	400	внутри	3	10	5–10
Ацикловир	200	внутри	5	10	5–10
Валацикловир	500	внутри	2	10	5–10
Фамцикловир	250	внутри	3	10	5–10

Таблица 2. Эпизодическая терапия рецидивирующей ВПГ-инфекции

Препарат	Разовая доза, мг	Путь введения	Кратность, р/сут	Продолжительность курса, дни	
				Рекомендации ВОЗ	Европейские рекомендации
Ацикловир	200	внутри	5	–	3–5
Ацикловир	400	внутри	3	5	3–5
Ацикловир	800	внутри	2	5	–
Ацикловир	800	внутри	3	2	2
Валацикловир	500	внутри	2	3	3–5
Фамцикловир	250	внутри	2	5	–
Фамцикловир	1000	внутри	2	–	1
Фамцикловир	125	внутри	2	–	3–5

Важными акцентами рекомендаций ВОЗ стали особенности врачебной тактики при впервые возникшей генитальной ВПГ-инфекции, а также нюансы профилактики и лечения рецидивирующих форм, в том числе относящиеся к срокам применения препаратов.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

В обновленном Европейском руководстве 2017 г. и рекомендациях ВОЗ 2016 г. большое внимание уделено терапии первого клинического эпизода герпесвирусной инфекции (табл. 1). Препаратом выбора здесь служит ацикловир, причем его назначение показано в том числе иммунокомпрометированным лицам, больным с ВИЧ и беременным.

Эксперты считают нецелесообразным применение топических средств в данной клинической ситуации ввиду их невысокой эффективности и риска

должно выходить консультирование пациента, позволяющее выявить не только количество повторных эпизодов заболевания, но и их влияние на качество жизни. Такое лечение должно продолжаться в среднем около 1 года и соответствовать одной из предложенных схем (табл. 3).

Для объективной оценки эффективности супрессивной терапии после ее приостановки необходимо контролировать состояние больного на протяжении минимум 2 периодов рецидива. Если частота и тяжесть последующих обострений подтвердят неэффективность ранее использованных схем, возможна коррекция лечебных подходов.

ВНИМАНИЕ К ИММУНИТЕТУ

Наряду с противовирусным лечением, равно как и при незначительном клиническом эффекте монотерапии ациклическими нуклеозидами, показано ис-

Таблица 3. Супрессивная терапия рецидивирующей ВПГ-инфекции

Препарат	Особенности назначения	Разовая доза, мг	Путь введения	Кратность, р/сут	Продолжительность курса, лет
Ацикловир	–	400	внутри	2	1
Валацикловир	–	500	внутри	1	1
Фамцикловир	–	250	внутри	2	1
Европейские рекомендации					
Ацикловир	Любая частота рецидивов	400	внутри	2	1
Валацикловир	<10 эпизодов в год	500	внутри	1	1
Валацикловир	>10 эпизодов в год	1000	внутри	1	1
Ацикловир	При недостаточной эффективности ранее назначенных доз	400 (или 200)	внутри	3 (или 4)	1
Валацикловир		250 (или 500)	внутри	2	1

коферолаацетатами аскорбиновой кислотой (суппозитории ректальные, по 1 суппозиторию 2 р/сут каждые 12 ч на протяжении 10 дней; мазь для наружного применения, наносить 3–4 р/сут 5–7 дней);

- интерферон α -2b в сочетании с натрия гиалуронатом (по 2 суппозитория ежедневно, каждые 12 ч 10 дней).

При тяжелом течении герпесвирусной инфекции рекомендовано применение индукторов интерферона:

- оксогидроакридинилацетат натрия (неовир) (в/м по 250 мг, курс — 5–7 инъекций в течение 10–15 дней);
- меглюмина акридонацетат (циклоферон) (по схеме: 3 инъекции по 250 мг препарата каждые 24 ч, далее еще 3 инъекции каждые 48 ч, в период ремиссии — 1 инъекция в неделю).

НА ПРИЕМЕ — БЕРЕМЕННАЯ

Передача ВПГ от матери новорожденному происходит довольно редко: по разным данным это примерно 1 случай на 5000 родов. При этом неонатальный герпес — тяжелое заболевание с неблагоприятным прогнозом для младенца. Именно поэтому вопросам ведения беременных с ВПГ

В целом же клиницисту следует помнить, что применение ацикловира на протяжении гестации не провоцирует неблагоприятных последствий для плода и новорожденного, несмотря на то что на сегодняшний день ни одно из противовирусных средств не имеет официальных показаний для назначения беременным.

Оперативное родоразрешение показано при условии первичного инфицирования женщины в сроке 36 нед и более, наличии высыпаний в области гениталий незадолго до родов и непосредственно в них, продолжительность времени от момента излития околоплодных вод не более 4–6 ч. Выбор в пользу кесарева сечения должен быть сделан также при тяжелом течении рецидивирующей ВПГ-инфекции, резистентности к ацикловиру и в случаях выделения возбудителя из цервикального канала накануне родов. При планировании оперативного родоразрешения за 10–14 дней до его предполагаемого срока беременной необходимо назначить ацикловир в супрессивной дозе, что позволит уменьшить риск интранатального заражения новорожденного.

На страже здоровой микробиоты

Почти 12 лет назад российская компания «ДНК-Технология» создала Фемофлор® — инновационный тест для комплексной диагностики микрофлоры урогенитального тракта у женщин с применением полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ). Сегодня эта разработка стала надежным инструментом в рутинной практике акушеров-гинекологов и дерматовенерологов, обрела популярность среди врачей 46 стран мира и помогла более чем 3 500 000 пациенткам.

Специально для «Акушерства и гинекологии сегодня» согласились дать интервью два ведущих эксперта, одними из первых внедрившие новую методику в свою практику и продолжающие регулярно использовать Фемофлор®. Они ответили на самые частые вопросы практикующих специалистов: рассказали об основных тонкостях диагностики репродуктивно значимых инфекций, уточнили показания к рН-метрии, микроскопии, культуральным исследованиям, сравнили преимущества и ограничения различных методик, а также поделились собственным опытом работы.



Алевтина Михайловна САВИЧЕВА

Заведующая отделом медицинской микробиологии, заведующая лабораторией клинической микробиологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики ФГБОУ СПб ГПМУ Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН

— Алевтина Михайловна, расскажите, пожалуйста, для чего в тесте Фемофлор® так много микроорганизмов? Почему нельзя ограничиться традиционным скринингом на ИППП?

— По итогам международного проекта Vaginal Human Microbiome Project установлено, что у здоровых женщин в составе вагинального биотопа может присутствовать более 1000 видов микроорганизмов — представителей нормальной и условно-патогенной микрофлоры. В большинстве случаев главный критерий нормы репродуктивного возраста — доминирование лактобацилл, поэтому задача современной диагностики изменилась: необходимы не только поиск отдельных возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), но и комплексная оценка микробиоценоза: тестирование на патогены + определение соотношений нормальной/условно-патогенной микрофлоры. По статистике более 80% заболеваний, с которыми женщина обращается к гинекологу, — это не ИППП (их доля составляет менее 10%), а симптомо-комплексы, в основе которых лежит дисбаланс микробиоты. Для диагностики таких нарушений и разработан Фемофлор®.

— Если для диагностики инфекций обычно достаточно микроскопии, то зачем нужен Фемофлор®?

— Никто не призывает полностью отказаться от традиционных диагностических методов в пользу этого теста. Однако при выборе исследования стоит учитывать не только его сильные стороны, но и объективные ограничения. Так, микроскопия — быстрый, привычный и недорогой способ экспресс-оценки состава микробиоты и наличия либо отсутствия воспаления (на основе подсчета лейкоцитов). Конечно, методика эта субъективная; хорошо знакомые специалистам термины «флора палочковая» или «доминируют лактоморфотипы» означают присутствие в препарате широкой группы микроорганизмов, внешне похожих на лактобациллы (это главным образом анаэробы). Однако микроскопическая оценка микробиоценоза влагалища опытным, специально обученным врачом-лаборантом незаменима. В частности, практический интерес представляет обнаружение «ключевых» клеток, которые могут быть признаками бактериальных биопленок, — факт, имеющий большое значение для выбора терапии при выявлении условных патогенов. Поэтому разумно сочетать микроскопию и Фемофлор®. Такой «дуэт» можно рассматривать как быстрый и точный инструмент для оценки микробиоценоза, воспаления, определения возможных возбудителей инфекционно-воспалительного процесса, включая некультивируемые, что важно для установления диагноза и контроля лечения.

— Почему могут не совпадать результаты посева и теста Фемофлор®?

— Подобный феномен обусловлен принципиальными различиями технологий, что наиболее ярко проявляется при доминировании в составе микрофлоры облигатных анаэробов и присутствии вирусно-бактериальных ассоциаций.

Посев — это культивирование, идентификация и оценка антибиотико-резистентности микроорганизмов, выделенных при бактериологическом исследовании. Результаты последнего напрямую зависят от сохранения их жизнеспособности на этапах получения и транспортировки биоматериала, а также возможностей размножения на культуральных средах. Узкие места посева — жесткие требования к преаналитике (температура, длительность доставки материала в лабораторию, использование специальных транспортных и питательных сред), трудности выделения облигатных анаэробов (отсутствие анаэроцинов, СО₂-инкубаторов и иной аппаратуры для создания анаэробных условий). Наконец, существуют трудно культивируемые микроорганизмы, требующие особых параметров выделения, такие как *Chlamydia* spp., *Mycoplasma genitalium*, вирусы. Поэтому формулировка заключения «роста нет» не обязательно соответствует отсутствию бактерий.

Фемофлор® обеспечивает прямое определение количественных соотношений микроорганизмов, попавших в пробирку при взятии биоматериала, независимо от их чувствительности к кислороду, жизнеспособности и культуральных возможностей,

по фрагментам ДНК. В случае ПЦР-диагностики с применением этого теста не требуется сохранять жизнеспособность представителей микрофлоры, однако нужно четко соблюдать рекомендации по взятию материала. Методика ПЦР не позволяет определять микроорганизмы, находящиеся за рамками специально оговоренного перечня, поэтому в составе тестов Фемофлор® присутствуют все клинически значимые таксономические группы — «лишних» параметров здесь нет.

Совпадение результатов бакпосева и рассматриваемого метода продемонстрировано на хорошо культивируемых составляющих микрофлоры: аэробах и факультативных анаэробах, микоплазмах (они не определяются в стандартном посеве; требуются взятие материала в специальную транспортную среду и отдельное исследование на условно-патогенные микоплазмы), дрожжеподобных грибах рода *Candida*.

— Рекомендуется ли для диагностики инфекций одновременно назначать несколько методов?

— Считаю, что при использовании любого теста (посев, Фемофлор® и др.) ВСЕГДА необходимо оценивать состояние микробиоценоза влагалища путем микроскопии. При этом важно определять количество и качество эпителиальных клеток, фагоцитоз, лактобациллы, «ключевые»/«ложноключевые» клетки и иные параметры. Это особенно важно, если исследование Фемофлор® выявляет умеренный дисбиоз. То же относится к случаям, когда лаборатория владеет такими методиками. Но если микроскопическое исследование заключается только в определении абсолютного количества лейкоцитов в вагинальном биотопе и изучении морфотипов бактерий, то его лучше не проводить вообще. Тогда стоит воспользоваться лишь тестом Фемофлор®, чтобы не вводить в заблуждение лечащего врача.

Важно отметить, что назначение бактериологического исследования у пациенток с выраженным анаэробным дисбиозом нецелесообразно — это, скорее всего, не что иное, как бактериальный вагиноз (БВ). Можно сразу назначать антибактериальные препараты согласно российским и международным рекомендациям по его лечению. Если же по результатам Фемофлор®-16 получено заключение «выраженный аэробный дисбиоз», то в большинстве случаев это аэробный вагинит (АВ), и здесь врачу также поможет качественное микроскопическое исследование. При необходимости можно определить чувствительность микроорганизмов к антибактериальным средствам, хотя в указанных документах также есть рекомендации по их выбору для терапии АВ.

— Поясните, пожалуйста, зачем нужно дорогостоящее обследование, если большинство современных комплексных препаратов действуют на «всё»?

— Главный критерий, который был и остается: есть диагноз — есть лече-

ние. Поэтому на первом месте стоит именно диагностика, а потом терапия. Эмпирический принцип выбора лекарственных средств неприемлем; нельзя лечить пациентку лишь на основании жалоб и клинических симптомов. Жалобы могут быть субъективными; при наличии выделений из влагалища лишь у 30% женщин возможно заболевание, а у остальных 70% — это физиологическое состояние. Поэтому диагностика с использованием высокочувствительных методов, таких как Фемофлор®, очень важна.



Евгений Федорович КИРА

Заведующий кафедрой женских болезней и репродуктивного здоровья ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, врач — акушер-гинеколог высшей категории (главный специалист), д.м.н., профессор, академик РАЕН, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ

— Евгений Федорович, всегда ли нужно начинать диагностику с тестов Фемофлор®?

— Обследование всегда целесообразно начинать с рН-метрии, этот метод обладает достаточными чувствительностью и специфичностью и во многих странах является первой линией скрининга. Если в отсутствие клиники и симптомов установлены нормальные значения рН, то дальнейшее исследование не требуется. В случаях сдвига показателя кислотности в щелочную сторону от 4,5 до 7,5 необходима дальнейшая дифференциальная диагностика даже в отсутствие клинических проявлений и жалоб пациентки. Для таких ситуаций обязательны точные исследования, и тестам Фемофлор® здесь нет равных.

— Какой клинический материал лучше направлять на исследования Фемофлор®?

— Любой по усмотрению врача — отделяемое влагалища (V), цервикального канала (C), материал из эндометрия все зависит от клиники, анамнеза пациентки и цели диагностики. Наиболее удобный, востребованный и информативный для тестов Фемофлор® — биоматериал из влагалища. В силу анатомических особенностей репродуктивного тракта женщин и высокой чувствительности ПЦР-метода во влагалище достоверно обнаруживаются даже микроорганизмы, тропные к клеткам цилиндрического эпителия

цервикального канала (облигатные патогены, вирусы).

Содержимое из цервикального канала можно рекомендовать при подозрении на ИППП. Смешивать биоматериал из С и V нельзя, т.к. влагалище и цервикальный канал — это совершенно разные экологические ниши с разными эпителием и биохимическими параметрами внутренней среды. Следовательно, и видовой состав, и абсолютные количества компонентов микробиоты отличаются.

количественная оценка условно-патогенных бактерий).

Назначение тестов Фемофлор® рекомендовано в случаях, если традиционная диагностика на основании клинических критериев Амсея затруднена, например, невозможно проведение микроскопического исследования нативного (влажного) препарата, аминного теста, рН-метрии. Также сложности могут возникнуть при использовании критериев Нуджента и Хей-Айсона, которые

Фемофлор® обеспечивает прямое определение количественных соотношений микроорганизмов, попавших в пробирку при взятии биоматериала, независимо от их чувствительности к кислороду, жизнеспособности и культуральных возможностей, по фрагментам ДНК. В случае ПЦР-диагностики с применением этого теста не требуется сохранять жизнеспособность представитель микробиоты, однако нужно четко соблюдать рекомендации по взятию материала.

Во влагалище действительно больше информации, и по ее характеру можно косвенно судить о содержимом шейки матки, но никак не наоборот. Особую актуальность сейчас приобретает бесконтактный режим организации тестирования, когда материал из влагалища может быть взят женщиной самостоятельно с использованием специальных устройств и направлен в лабораторию на Фемофлор® Скрин, Фемофлор®-16 или Квант-21 (ВПЧ-тест).

— **Зачем для диагностики бактериального вагиноза назначать Фемофлор®?**
— Начать нужно с того, какие методики не рекомендуются для подтверждения диагноза «бактериальный вагиноз» — это культуральное исследование (ввиду низкой специфичности) и тесты по качественному обнаружению ДНК *G. vaginalis*, *A. vaginae* и/или *Mobiluncus spp.* методом ПЦР (врачам необходима

требуют окраски препаратов по Граму, высокой квалификации врача-лаборанта и редко применяются врачами в России. Исследования, проведенные в НИИ АГиР им. Д. О. Отта (С.-Петербург), доказали, что низкое содержание лактобацилл (< 10 % от ОБМ) в совокупности с повышенным содержанием облигатно-анаэробных микроорганизмов, входящих в перечень Фемофлор®-16, позволяет определять БВ с чувствительностью 99 % и специфичностью 93 %. В «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин (Издание 2-е, исправленное и дополненное)», утвержденных РОАГ в 2019 г., указано, что исследование Фемофлор® имеет важное диагностическое значение для выявления высоких концентраций БВ-ассоциированных микроорганизмов, а следовательно, для постановки диагноза и выбора лечения.

Молекулярно-генетические исследования в акушерстве и гинекологии

Фемофлор®
диагностикум микрофлоры, победитель премий «Призвание» и Prix Galien Russia



Онкопрогноз
диагностика рака молочной железы и рака шейки матки

Пол плода/Резус-фактор плода
неинвазивное определение по крови матери

Квант
количественный тест на 21 тип ВПЧ

Новые разработки
• скрининг бактериальных инфекций
• выявление маркеров резистентности к антибиотикам

Исследования выполняются в клиничко-диагностических лабораториях более чем в 250 городах России.

**ТО, ЧТО РАНЬШЕ
КАЗАЛОСЬ
ВОЛШЕБСТВОМ**



Более подробно — по телефону 8 800 200 75 15 (звонок по России бесплатный).
+7 (495) 640-17-71 | www.dna-technology.ru

ДНК-ТЕХНОЛОГИЯ

Реклама

Новости

Просто «таблетка»

60 лет
открытию,
которое изменило
мир

Г.Б. Дикке



Шесть десятилетий назад, 9 мая 1960 года Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило применение противозачаточных таблеток Enovid.

История гормональной контрацепции восходит к 30-м годам прошлого столетия. Это был непростой период — время политических, экономических и социальных потрясений, но еще и плодотворных научных поисков, открытий, достижений. Тогда ученые впервые

обнаружили, что большие дозы эстрогена, андрогена и прогестерона способны подавлять овуляцию у женщин. Понадобилось еще около десятилетия, чтобы научиться получать эти гормоны синтетическим путем. Пожалуй, ни одно изобретение не оказало столь значительного влияния на общество во всем мире, как методика медикаментозного предотвращения зачатия. По словам P.V. Liao (2012), «за всю историю медицины были разработаны тысячи лекарств, но только одно из них было достаточно эффективным, чтобы заработать титул просто «таблетки».

Действительно, эти средства изменили жизни миллионов женщин, предоставив им возможность самим планировать семью. Alexander Sanger, сын известной суфражистки и общественного деятеля США Margaret Sanger, всю жизнь посвятившей борьбе за репродуктивные права женщин, так охарактеризовал значение этого феномена: «Отделение сексуальности от репродукции стало самым высоким и дальним прыжком из царства необходимости в царство свободы, сделанным человечеством в XX веке». Сегодня более 100 млн женщин по всему миру принимают противозачаточные препараты.

Хотя к настоящему моменту достигнуты впечатляющие результаты в создании безопасных и приемлемых способов гормональной контрацепции, исследования в этом направлении не останавливаются. Как считает профессор R. Sitruk-Ware (США),

«доступные сегодня контролируемые пользователем методы контрацепции могут быть улучшены для повышения соответствия требованиям к ним. Внедрение новых

методик с дополнительными преимуществами для здоровья может, кроме того, повысить готовность использовать противозачаточные средства».

За 5 полезных привычек — 10 лет здоровой жизни

В этом году обработаны результаты когортного проспективного исследования Nurses' Health Study/Health Professionals Follow-Up Study. В нем участвовали 38 366 мужчин и 73 196 женщин, за которыми наблюдали на протяжении 28 и 34 лет соответственно.

Оценивалось влияние 5 критериев — отказа от курения, оптимальной массы тела (ИМТ < 25), ежедневной физической активности не менее 30 минут, умеренного потребления алкоголя и высокого качества питания — на ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) без основных хронических заболеваний. Основной конечной точкой являлась ОПЖ без сахарного диабета, сердечно-сосудистой и онкологической патологии. На момент 50-летия эта величина у женщин составила 23,7 года среди тех, чей образ жизни не соответствовал ни одному из условий, по сравнению с 34,4 годами для



имевших 4–5 факторов низкого риска. В группе мужчин аналогичные показатели оказались равными соответственно 23,5 и 31,1 годам.

У лиц, которые в последующие 2–3 десятилетия соблюдали 4 или 5 указанных условий, был дополнительный период (10,6 лет) до развития одного из серьезных заболеваний: в среднем 8 лет без злокачественных новообразований, 10 лет без сердечно-сосудистого события и 12 — без сахарного диабета.

Кроме того, мужчины-курильщики, потреблявшие свыше 15 сигарет в день, и представители обоих полов с ожирением имели в 50-летнем возрасте самое низкое значение ОПЖ без заболеваний.

Источник: Yanping Li et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;368:l6669. doi.org/10.1136/bmj.l6669

Новое в патофизиологии и лечении синдрома поликистозных яичников

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — состояние, затрагивающее приблизительно 7% женщин детородного возраста и занимающее центральное место в репродуктивной эндокринологии. Метаболические нарушения, которые очень часто сопровождают это расстройство, фактически представляют собой основные «заболевания цивилизации»: диабет, ожирение, дислипидемии, гипертонию и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Согласно Международному научно обоснованному руководству по оценке и управлению СПКЯ (ESHRE—2018) все пациентки с этим синдромом должны быть оценены на наличие факторов риска ССЗ.

Гипертония при синдроме поликистозных яичников: новое понимание

D. Masic с соавт., Сербия

Повышенный риск гипертонии у страдающих СПКЯ связывают с инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией. Оба состояния влияют на эндотелий-зависимые механизмы вазодилатации, вызывающие гипертрофию мышечной стенки сосудов. Элементы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) способствуют развитию эндотелиальной дисфункции (ЭД)— маркера сердечно-сосудистого повреждения. Андрогены и компоненты РААС участвуют также в процессе атерогенеза. Повышенные уровни адипоцитокинов (висфатина) представляются перспективными в прогнозировании дисфункции эндотелия и кардиоваскулярного риска. Показано, что назначение спиронолактона, блокирующего андрогенные и минералокортикоидные рецепторы, снижает уровень холестерина, оказывая положительное влияние на ЭД.

Ассоциация IL-29 с липидными метаболическими особенностями СПКЯ

M. Liu с соавт., Китай

Интерлейкин-29 (IL-29) — важный медиатор процесса воспаления, играющий критическую роль в патогенезе рассматриваемого синдрома. Исследование продемонстрировало, что диагностическая ценность его уровня при выявлении СПКЯ (0,872) была выше по сравнению с содержанием тестостерона и соотношением ЛГ/ФСГ (0,818 против 0,655 соответственно). Напротив, комбинация показателей IL-29 и тестостерона оказалась более чувствительной (0,886), чем каждый из этих параметров по отдельности. Впервые предложено использовать данную молекулу в качестве нового биомаркера для диагностики СПКЯ, нарушений липидного обмена и оценки риска ССЗ.

Комментарий главного редактора Г. Б. Дикке

Новые сведения о некоторых аспектах патогенеза СПКЯ, в частности о дисфункции эндотелия сосудов и воспалении, позволяют по-новому взглянуть на характер терапевтических подходов, направленных на устранение патологических составляющих и профилактику кардиометаболических расстройств. Вмешательство в образ жизни у имеющих этот синдром связано не только со снижением массы тела и улучшением овуляторной функции, но и с уменьшением клинических проявлений гиперандрогенизма (в отличие от приведенного в клинических рекомендациях РОАГ, 2015* обратного утверждения). Аналогичное расхождение данных получено относительно использования метформина на этапе прегравидарной подготовки; выше оказались частота наступления беременности и показатель живорождений (VS: рутинное использование метформина для индукции овуляции не рекомендуется*).

*Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению): клинические рекомендации (протокол лечения). РОАГ. М.; 2015. 22 с.

35-я
Ежегодная встреча Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) состоялась в Вене (Австрия) 23–26 июня 2019 года. Одно из пленарных заседаний этого форума было посвящено синдрому поликистозных яичников (СПКЯ)

Благоприятные изменения фенотипических характеристик и уровня андрогенов как результат снижения массы тела при вмешательстве в образ жизни у женщин с СПКЯ: рандомизированное контролируемое 3-компонентное исследование

A. Dietz de Loos с соавт., Нидерланды

Вмешательство включало 3-компонентную программу (когнитивная поведенческая терапия, здоровое питание и физиотерапия) на протяжении года и ее сравнение с обычным лечением. При снижении массы тела на 5 и 10% улучшение овуляторной функции составило 10,2 и 26,4%, уменьшение клинических проявлений гиперандрогенизма — 6,3 и 15,1% соответственно. Изменений морфологии поликистозных яичников не наблюдалось. Иными словами, под влиянием терапевтической интервенции отмечен более «мягкий» фенотип в группе большинства исследуемых с избыточной массой тела/ожирением при этом синдроме. Полученные данные подтверждают динамический характер СПКЯ, выраженность которого модулируется с помощью коррекции индекса массы тела.

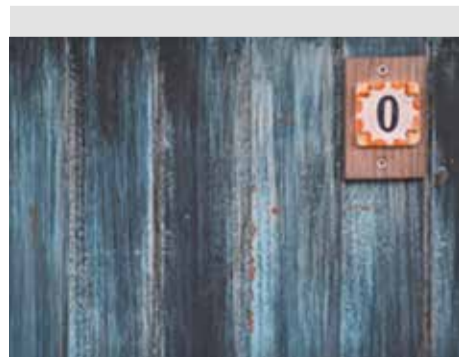
Снижение уровня АМГ в сыворотке крови под влиянием прегравидарной терапии метформином ассоциируется с увеличением частоты наступления беременности и показателя рождаемости на фоне СПКЯ: многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое РКИ

H. Sova с соавт., Финляндия

Уменьшение сывороточных уровней антимюллерова гормона (АМГ) оказалось лучшим среди нескольких клинических, метаболических и гормональных показателей в оценке реакции пациенток на 3-месячное прегравидарное лечение метформином и единственным параметром, который убедительно ассоциировался с ростом частоты наступления беременности и живорождений при СПКЯ без ожирения. Эти результаты раскрывают новые важные стороны механизма действия метформина, что предполагает возможное использование повышенного значения АМГ в прогнозировании исходов беременностей у ановуляторных женщин с рассматриваемым синдромом.

Связь между жизненным опытом и фертильностью

В работе конгресса ESHRE-2019 приняли участие художники Fertility Fest — первого в мире фестиваля искусств, посвященного вопросам фертильности. Вот лишь некоторые работы, которые призваны помочь делегатам соединиться с жизненным опытом пациентов с бесплодием.



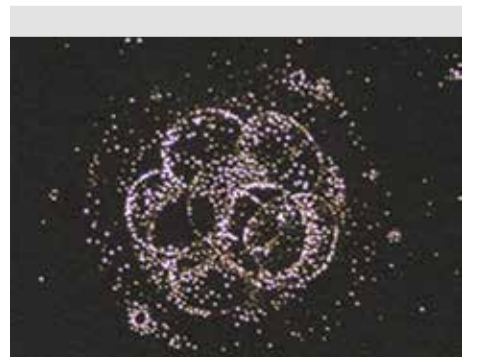
Elis Matthews.
Мысли бесплодного человека в День отца.
2019



Faye Glen.
Без названия.
2018



Heidi Barkun.
Безымянный.
Инсталляция, 2019



Tabitha Moses.
In Vitro.
Фото, 2014

Лактобактерии и молочная кислота защищают микробиоту влагалища

Нормальное состояние микробиоценоза влагалища — важное условие защиты от патогенов. После публикации в прошлом номере «Акушерства и гинекологии сегодня» обзора литературы, посвященной способам достижения и сохранения вагинального эубиоза, мы получили от читателей много вопросов, на которые отвечает Галина Борисовна Дикке.

ЗАЩИТА ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ ПОД КОНТРОЛЕМ ЛАКТОБАКТЕРИЙ

В последние годы установлено, что такие бактерии, как *L. crispatus* и в меньшей степени *L. jensenii*, вырабатывают перекись водорода и D-молочную кислоту, что имеет особое значение: пероксид и лактат подавляют размножение многих микробных патогенов. Частота выявления этих лактоформ во влагалище колеблется от 47 до 100%, а нормальное количество варьирует в пределах 10^5 – 10^9 КОЕ/мл. Перекись-продуцирующие виды составляют 61% нормального микробного пейзажа. Показано также, что высокая концентрация грибов сочетается со значительным содержанием лактобацилл, однако плотность последних снижается при рецидивирующем кандидозном вульвовагините (КВВ).

— Эффективны ли вагинальные средства, содержащие лактобактерии?

— Приживаемость чужеродных штаммов лактобацилл во влагалище низкая. Поэтому вероятность того, что содержащиеся их вагинальные таблетки и свечи будут эффективны, невелика. Правильнее будет создать условия для сохранения колоний собственных лактоформ, уникальных для каждой женщины (А. М. Савичева; 2014).

ДИСБИОЗ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОРГАНИЗМЕ

В настоящее время дисбиоз рассматривается как изменение количественного и качественного состава, а также свойств локальной микрофлоры, и помимо бактериального вагиноза (БВ) предполагает иные варианты нарушений микробиоценоза влагалища (КВВ, аэробный вагинит). У 50–55% женщин с этим состоянием выявляется дисбактериоз кишечника, что говорит о едином дисбиотическом процессе с доминирующим проявлением на уровне генитальной или пищеварительной системы. Благодаря локализации основных иммунологических структур в слизистой оболочке кишечника его микробиота играет важную роль в поддержании гомеостаза организма, оказывая влияние на различные физиологические процессы: эндокринные и метаболические пути, мозговую деятельность и когнитивные функции.

ПРОБИОТИКИ ВОССТАНАВЛИВАЮТ МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА

Пробиотики — хорошо изученные к настоящему времени субстанции. Они представляют собой пищевые продукты, лекарственные средства либо биологически активные добавки в виде монокультур живых представителей резидентной микрофлоры. Состав пробиотиков может также быть представлен комбинациями микроорганизмов (бифидобактерий, лактобацилл, энтерококков) или непатогенными спорообразующими бактериями и сахаромицетами.

— Как правильно применять капсулы Вагилак®?

— Пробиотик на основе штаммов *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14* принимают внутрь с пищей по 1 капс. 2 раза/сут в течение 7 дней, затем — по 1 капс/сут на протяжении 3–5 нед. На фоне пероральной противомикробной терапии Вагилак® необходимо принимать не менее чем через 3 часа до или после приятия антибиотиков (РЛС; 2019).

Выполненный в 2014 г. обзор предшествовавших исследований позволил авторам сделать весьма убедительные выводы: пероральный прием *L. acidophilus* или *L. rhamnosus GR-1* совместно с *L. reuteri RC-14* в дозе не менее 10^6 – 10^7 КОЕ/сут на протяжении 1–1,5 мес. дает лучшие результаты по сравнению с использованием других лактоформ (А. Нотауони et al.; 2014). Было установлено, что эти штаммы адгезируются к эпителию и создают прочную биопленку, гемагглютинируют эритроциты, формируют биосурфактанты, способствуя поддержанию низкого pH и производству бактериоциноподобных и антимикробных веществ (пероксид, органические кислоты, этанол и реутерин).

МОЛОЧНАЯ КИСЛОТА — ОСНОВНОЙ АНТИМИКРОБНЫЙ ФАКТОР

Основной метаболит продуцируемых лактобациллами органических кислот — молочная кислота — обладает антимикробным, противовирусным и иммуномодулирующим действием. Вариантом клинического проявления дисбиоза может быть сухость слизистых оболочек влагалища и вульвы, вызванная недостаточной увлажненностью из-за дефицита лактата. Это может вести к появлению микротрещин, дискомфорту, жжению и болезненным ощущениям в интимной области, что резко снижает качество жизни.

ФОРМЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ВАГИЛАК®
Капсулы Вагилак®. Оптимальная форма доставки лактобацилл в организм при приеме внутрь — безжелатиновые капсулы, содержащие равные дозы *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14* в суммарном количестве не менее 10^9 КОЕ/мл. Под действием кислой желудочной среды оболочка капсулы растворяется, но лактобактерии находятся под защитным действием полисахаридного матрикса, который распадается только в условиях близкого к нейтральному

— Нужны ли пробиотики при кандидозном вульвовагините?

— Исследования не подтверждают защитную роль вагинальных лактобацилл против острого КВВ. Однако пробиотики на основе лактобактерий применяются в качестве дополнения к обычному антимикотическому лечению при рецидивирующей форме заболевания (G. Tachedjian; Австралия, 2017).

кислотно-щелочного баланса 12-перстной кишки. Здесь и происходит высвобождение бактерий в кишечный просвет. Достигая дистальных отделов толстой кишки благодаря анатомической близости анального отверстия и преддверия влагалища, микроорганизмы успешно заселяют урогенитальную зону. Кроме того, описан механизм прямой миграции лактобактерий в слизистую оболочку влагалища через стенку желудочно-кишечного тракта. Капсулы применяются для восстановления и поддержания нормальной вагинальной микрофлоры у женщин и девочек старше 10 лет, могут назначаться в комплексе с антибактериальными препаратами при дисбиозах.

Гель Вагилак®. Содержит лактат, необходимый для поддержания естественного уровня pH влагалища. Средство помогает восполнять недостаток физиологической смазки, устраняет ощущение дискомфорта, вызванное сухостью, и обеспечивает длительное оптимальное увлажнение слизистых оболочек половых путей. Молочная кислота способствует поддержанию эубиоза вульвовагинальной области. Применение геля (наружно и/или интравагинально) целесообразно в период менопаузы; на фоне приема не-

— Могут ли гигиенические средства (тампоны) провоцировать развитие вагинального дисбиоза?

— Изменения температуры и влажности поверхности кожи под действием прокладок не оказывают клинически значимого влияния на плотность микроорганизмов флоры влагалища и не способствуют развитию КВВ и БВ (W. Nicole; США, 2014).

которых медикаментов, в том числе гормональных контрацептивов (более 6–12 мес.), антибиотиков и противогрибковых препаратов; при хронических заболеваниях (например, гипотиреоз, сахарный диабет); состояниях после гинекологических операций; физических и психологических нагрузках; стрессах. Возможно его использование для ежедневной интимной гигиены.

Жидкое мыло Вагилак®. Имеет в составе молочную кислоту, экстракты календулы и ромашки. Помогает защищать естественную микрофлору и сохранять оптимальный pH интимной зоны. Рекомендуется для ежедневного ухода, особенно во время менструации, беременности и после родов, при приеме контрацептивов и антибиотиков.

Вагилак®
Источник пробиотических ЛАКТОБАКТЕРИЙ ДЛЯ ЖЕНЩИН¹

Увлажняющий гель для интимной гигиены

Жидкое мыло для интимной гигиены

КОСМЕТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО
Вагилак, ЦТМ
№ 17 96 33 0012 0001 06 16 от 16.06.2016

КОСМЕТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО
Вагилак, ЦТМ
№ 17 96 33 0012 0001 06 16 от 16.06.2016

¹ Инструкция по применению Вагилак® капсулы
Свидетельство о государственной регистрации:
№ КЗ.16.01.78.003.Е.000979.11.18 от 29.11.2018

www.vagilac.ru

Организация, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РЭС», 121108, г. Москва, ул. Льва Франко, д. 8.
Тел.: (495) 363-39-66, факс: (495) 780-66-31, e-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Какие витамины нужны беременным?

Г.Б. Дикке

«Наши пищевые вещества должны быть лечебным средством, а наши лечебные средства должны быть пищевыми веществами»

Гиппократ

Фармакологические исследования обмена витаминов в парах «мать–дитя», проведенные в некоторых регионах Европы, показали имеющийся дефицит многих из этих веществ у 42 % беременных и у 68 % новорожденных, что определяет необходимость витаминной дотации.

НОРМАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: С ВИТАМИНАМИ ИЛИ БЕЗ?

В 2019 г. Российским обществом акушеров и гинекологов (РОАГ) разработаны клинические рекомендации «Нормальная беременность». Контрверсия «агрессивного» акушерства, отрицавшая до недавнего времени необходимость использования витаминов, кроме фолиевой кислоты (ФК) (Громова О. И. с соавт., 2011), сменилась более рациональным подходом к применению микронутриентов, основанным на доказательствах.

Известно, что целый ряд веществ, таких как фолаты, витамины В₆, В₁₂, D, йод, кальций, играет важную роль в обеспечении здоровья будущей матери и развитии ребенка. Так, рутинное назначение ФК снижает частоту дефектов нервной трубки (ДНТ) у плода на 75 %, а в сочетании с витаминами В₁₂, В₆ и В₂ (в составе поливитаминных комплексов) — еще на 20 % (Wilson R.D. et al., 2015; Chitayat D. et al., 2016). Кроме того, по данным систематического обзора и метаанализа (25 статей/562 068 участниц), высокий уровень фолатов крови в III триместре беременности и прием ФК до зачатия отрицательно связаны с общим риском преждевременных родов (ПР) (OR = 0,58 и 0,87 соответственно; p = 0,001)¹ (Li B. et al., 2019).

Систематический обзор и метаанализ, выполненные Liu C. et al. в 2018 г. (14/309 882), продемонстрировали снижение риска преэклампсии (ПЭ) при применении фолатов в виде поливитаминов (ПВ) (OR = 0,7; p = 0,01). Тогда же Hofmeyr G.J. et al. показали защитный эффект и уменьшение вероятности осложнений (ПЭ, ПР, заболеваемость матери) при приеме кальция в дозе свыше 1 г, особенно при условии низкого его содержания в рационе.

Результаты 2 метаанализов (24 и 31 РКИ), в которые были включены женщины с циркулирующим уровнем витамина D [25(ОН)D] во время беременности ниже 50 нмоль/л, показали повышение риска гестационного сахарного диабета (ГСД), ПЭ и малой массы тела новорожденного относительно гестационного срока (Wei S. Q. et al., 2013; Aghajafari F. et al., 2013). В то же время метаанализ, выполненный Mauger A. et al. в 2019 г. (13/2016), подтвердил хорошо установленное влияние приема 25(ОН)D во время беременности на увеличение массы плода при рождении.

Компенсация недостатка витаминов имеет и экономическую выгоду, так как затраты на их дотацию значительно ниже тех, которые требуются для лечения последствий витаминдефицита.

Клинические рекомендации РОАГ по дополнению рациона беременных витаминами в основном согласуются с международными рекомендациями профессиональных сообществ, тем не менее по некоторым из них имеются расхождения.

РАЗНОЧТЕНИЯ, РАСХОЖДЕНИЯ И СОМНЕНИЯ

Эксперты РОАГ рекомендуют назначение ФК в дозе 400 мкг/сут на протяжении первых 12 нед беременности. Сразу возникает вопрос: почему только в I триместре? Ведь давно известно, что нервная трубка у эмбриона закрывается к 28-му дню после зачатия, когда беременность еще не может быть обнаружена, и добавление ФК после этого момента не предотвращает ДНТ. В связи с этим начинать принимать фолаты следует еще в период планирования зачатия. Помимо этого, в последующие сроки они способствуют другим аспектам материнского и детского здоровья (см. выше), поэтому прием ФК необходим на протяжении всего времени гестации (табл.).

Использование 5-метилтетрагидрофолата (метафолина) вместе с ФК (1:1) принципиально важно, так как он снижает вероятность маскирования гематологических симптомов дефицита витамина В₁₂, уменьшает взаимодействие с лекарственными средствами, которые ингибируют дигидрофолатредуктазу, и преодолевает метаболические дефекты, вызванные полиморфизмом метилентетрагидрофолатредуктазы (Scaglione F. et al., 2014). Синтетическая ФК является источником других фракций фолатов (10-формилгидрофолат и др.), участвующих в синтезе ДНК и РНК, белков, гисто- и органогенезе плода (Greenberg J.A. et al., 2011).

Беременным с высоким риском ПЭ при низком потреблении кальция (до 600 мг/сут) авторы клинических рекомендаций предлагают принимать его по 1000 мг/сут до момента родов

(к группе риска отнесены женщины с ПЭ в анамнезе). В то же время в исследовании Hofmeyr G.J. et al. (2018), на которое ссылаются эксперты РОАГ, показано, что добавка кальция (1 г/сут и более) связана со значительным снижением вероятности ПЭ, особенно для женщин с низким содержанием его в рационе (OR = 0,36; 8/10678 участниц). Результаты же пациенток с высоким риском ПЭ авторы метаанализа рекомендуют интерпретировать с осторожностью из-за небольшого количества выборки (587 участниц) и смещения данных.

Рекомендации ВОЗ по приему кальция беременными в целях профилактики преэклампсии (2018) предусматривают 1,5–2,0 г элементарного кальция в сутки с 20 нед до момента родов во всех случаях, особенно при высоком риске гестационной гипертензии (ПЭ) на фоне низкого потребления данного макроэлемента с пищей.

Медиана потребления кальция беременными 20–47 лет в России составляет 409 мг/сут при потребности в период гестации 1200 мг/сут и в продолжение кормления грудью — 1500 мг/сут (т.е. дефицит составляет 66 и 73 % соответственно). Иными словами, практически все женщины нуждаются в дотации этого нутриента.

Подобное разночтение усматривается и в отношении приема витамина D: в случае высокого риска гиповитаминоза D его рекомендуют в дозе 400 МЕ/сут (10 мкг) на протяжении всей беременности. Однако этот уровень приемлем лишь для профилактических целей у женщин, проживающих в регионах с недостаточным потреблением 25(ОН)D (сюда относится и Россия). Кроме того, международные эксперты указывают на необходимость определения дефицита витамина D₃ путем контроля его содержания в крови. Если эта величина составляет 30–49 нмоль/л, необходимо рекомендовать прием по 1000 МЕ/сут (25 мкг), ниже

30 нмоль/л — 2000 МЕ/сут (50 мкг). Контрольной точкой является 28-недельный срок: при уровне более 50 нмоль/л необходимо принимать витамин D по 400 МЕ/сут.

Наконец, самой сомнительной является рекомендация рутинно не назначать прием Омега-3 ПНЖК, потому что эта профилактическая мера якобы не снижает риск акушерских осложнений и нарушений нейрокогнитивного развития детей (исключение составляют лишь курящие пациентки).

Рассмотрим профилактическую роль Омега-3 ПНЖК подробнее. Напомним, что наиболее важными из них являются α-линоленовая (АЛК), эйкозапентаеновая (ЭПК) и докозагексаеновая (ДГК) кислоты. Организм человека не способен синтезировать эти молекулы, но ЭПК и ДГК могут образовываться из АЛК. Данные реакции, однако, замедляются в присутствии Омега-6-жирных кислот, содержащихся в морепродуктах. Обычный пищевой рацион характеризуется несбалансированным содержанием ПНЖК: соотношение Омега-6/Омега-3 составляет 15:1 или 20:1 при оптимальном показателе 2:1–5:1. Обогащение пищевыми добавками Омега-3 позволяет приблизиться к правильному балансу. ВОЗ, а также Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН (ФАО) рекомендуется ежедневное потребление ДГК беременными.

ДОБАВКИ ОМЕГА-3 ПНЖК СНИЖАЮТ РИСК

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Метаанализ 70 РКИ с участием 19 927 женщин низкого, смешанного или высокого риска неблагоприятных исходов беременности показал, что прием Омега-3 ПНЖК по сравнению с плацебо или без использования добавки способствует уменьшению риска ПР до 34 нед (OR = 0,58; 9/5204; доказательства высокого качества [ДВК]) и ранее 37 нед (OR = 0,89; 26/10 304; ДВК). Меньше были вероятность рождения младенцев с низкой массой тела (НМТ) (OR = 0,90; 15/8449 участниц; ДВК) и перинатальной смертности (OR = 0,75; 10/7416; доказательства среднего качества). Авторами данной работы был сделан очень важный вывод: «Больше исследований для установления причинно-следственной связи с преждевременными родами на данном этапе не требуется» (!) (Middleton P. et al., 2018).

Вторичный анализ одного многоцентрового РКИ эффектов Омега-3 ПНЖК у курящих женщин с одним плодом и ПР в анамнезе (n = 851) продемонстрировал снижение риска этого осложнения (OR = 0,58) и низкой массы тела новорожденных (OR = 0,57), но не выявил такой закономерности у некурящих (Kuper S.G. et al., 2017). Риск рождения детей с НМТ был существенно меньшим при применении Омега-3 ПНЖК (ДГК)

Таблица. Рекомендации по приему фолатов женщинами репродуктивного возраста и беременными с низким риском ДНТ

Показания	Суточная доза**	Продолжительность приема	Уровень доказательности
Фертильные женщины 15–45 лет с низким риском*, не использующие контрацепцию	400 мкг	Постоянно	III A
Женщины и мужчины-партнеры*** с низким риском, планирующие беременность	400 мкг	За 2–3 мес до зачатия и до 12 нед беременности	II 2A
	400 мкг	В течение следующих сроков беременности и 4–6 нед после родов	

* Без личной или семейной истории рисков для чувствительных к дефициту ФК врожденных дефектов

** Рекомендуется прием ФК в составе поливитаминов, включая 2,6 мкг/сут витамина В₁₂ (II 2A)

*** Добавки ФК принимает только женщина

1. Здесь и далее 95 %-ный доверительный интервал (ДИ) не приводится для лучшей визуализации данных; при необходимости с ними можно ознакомиться в первоисточнике (Прим. авт.).

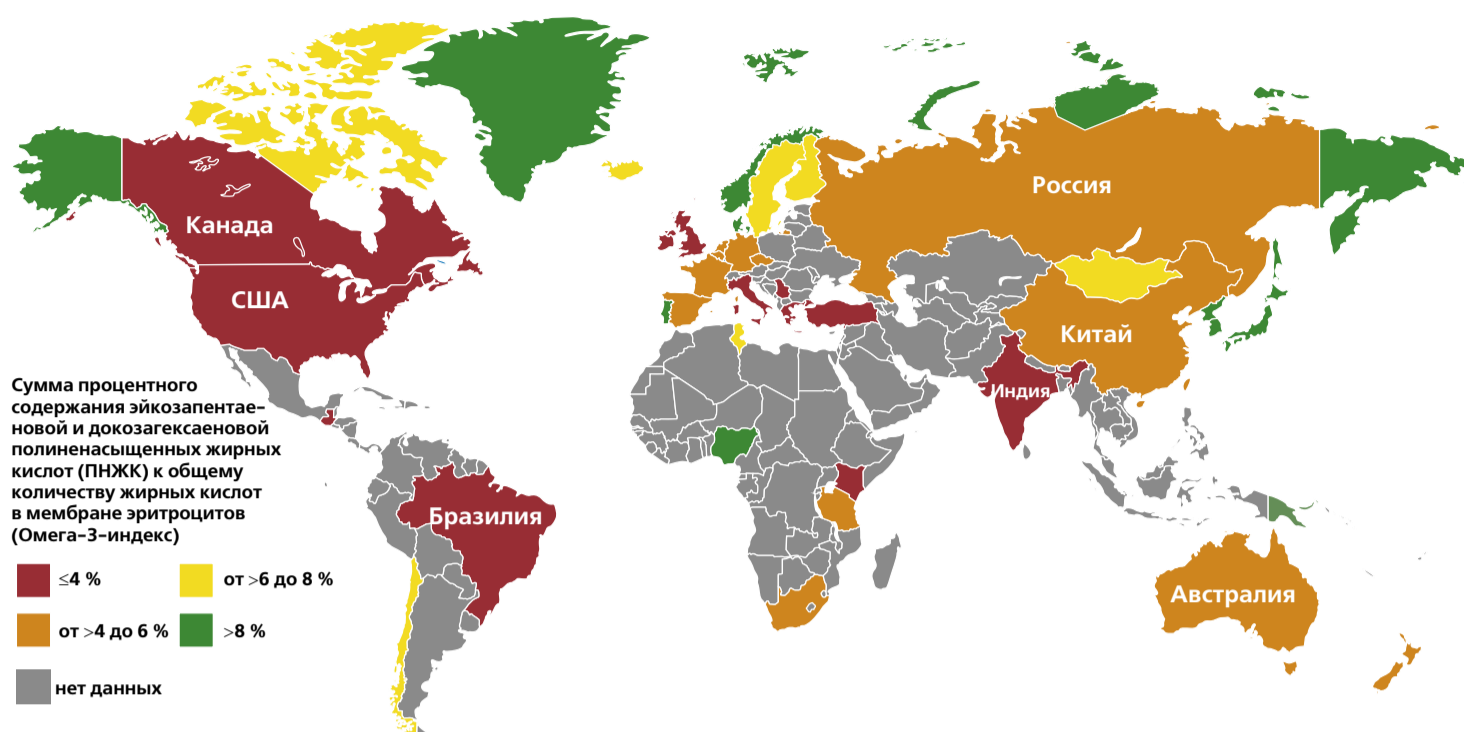


Рисунок. Статус потребления ПНЖК (докозагексаеновой и эйкозапентаеновой кислот) в разных странах

в 2 РКИ хорошего качества и составлял 0,5 и 0,65 соответственно (Makrides M. et al., 2010; Ramakrishnan U. et al., 2010).

СНИЖАЮТ РИСК ПРЕЭКЛАМПСИИ

Результаты систематического обзора и метаанализа Vakouei F. et al. (2020) оказались противоречивыми: 14 РКИ ($n = 10806$) показали уменьшение риска ПЭ и 10 ($n = 10102$) — отсутствие влияния. Однако дополнительный анализ в 2 выделенных подгруппах выявил снижение риска при низкой вероятности ПЭ ($OR = 0,75$) и в случае начала приема Омега-3 ПНЖК во II половине беременности ($OR = 0,81$). Таким образом, применение Омега-3 ПНЖК является действенной стратегией предотвращения ПЭ у женщин с ее низким риском со II половины беременности.

ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ GESTАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Найдено 2 систематических обзора и метаанализа 2018 и 2019 г. (количество участниц не указано) с аналогичными данными. Показано снижение уровня глюкозы в плазме натощак — средняя разница (СР) $-4,85$, инсулинорезистентности (НОМА IR) — СР $-0,99$ и высокочувствительного С-реактивного белка ($-0,43$) при отсутствии разницы в частоте макросомии плода: $OR = 0,64$ среди пациенток с ГСД² (Gao L. et al., 2018; Zhong N. et al., 2019).

СНИЖАЮТ ЧАСТОТУ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Результаты когортного анализа реестра живорождений штата Нью-Йорк ($n = 5034$) показали, что назначение Омега-3 ПНЖК женщинам до и во время беременности по сравнению с теми, кто эти добавки не принимал, уменьшает вероятность когнитивных расстройств среди детей до 4 лет ($OR = 0,4$ и $0,43$ соответственно). При этом защитный эффект оказался выше при одноплодной беременности по сравнению с двойней ($OR = 0,32$ против $0,77$ соответственно; $p = 0,001$) и у плодов женского пола относительно мужского ($OR = 0,17$ против $0,64$; $p = 0,001$) (Vollet K. et al., 2017).

Многочисленными работами было показано, что Омега-3 ПНЖК способствуют правильному формированию и развитию ЦНС, зрительного анализатора, функционированию иммун-

ной и сердечно-сосудистой систем, развитию интеллектуальных способностей, мелкой моторики, моторно-зрительной координации ребенка и служат эффективной профилактикой рождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Однако в метаанализе 2018 г. отмечено, что исследования были низкого или очень низкого качества в основном из-за ограничений дизайна. Авторы указывают, что необходима дальнейшая оценка отдаленных результатов у матери и ребенка для улучшения понимания метаболических путей (в частности, касающихся роста и развития нервной системы), а также для определения того, могут ли данные различаться в зависимости от типа ПНЖК, сроков применения и доз (Middleton P. et al., 2018). Наряду с этим метаанализ, выполненный другими авторами (38/5541), свидетельствовал об ином: добавки Омега-3 улучшают психомоторное развитие, остроту зрения у детей и оказывают незначительное позитивное влияние на глобальный IQ в позднем детстве (Shulkin M. et al., 2018).

ПОТРЕБНОСТЬ В ОМЕГА-3 ПНЖК

FDA рекомендует беременным употреблять в пищу не более 340 г жирной рыбы в неделю (вследствие содержания в ней метилртути), что обеспечивает лишь от 100 до 250 мг/сут Омега-3 ПНЖК, из которых только 50–100 мг — это ДГК, в то время как суточная потребность в последней на фоне беременности составляет 225 мг (Wenstrom K. D., 2014). Определено, что менее 20% мирового населения получает 250 мг/сут и более полиненасыщенных жирных кислот из морепродуктов (рис.) (Stark K. D. et al., 2016).

Таким образом, Омега-3 ПНЖК являются необходимыми нутриентами для профилактики как осложнений гестации, так и нарушений со стороны плода и новорожденного для большинства беременных. ВОЗ рекомендует при беременности ежедневный прием как минимум 200 мг докозагексаеновой кислоты.

ПОЛИВИТАМИНЫ ИЛИ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ?

Итак, большинству женщин показан комплекс из 5 витаминов (ФК/метафолин, V_{12} , V_6 , V_2 , D), Омега-3 ПНЖК и 2 микро/макроэлементов (йод, кальций). Эксперты ВОЗ рекомендуют

прием фолатов в составе ПВ, включая 2,6 мкг/сут V_{12} (2017). По мнению акад. В. Н. Серова, целесообразно использование не отдельных витаминов, а их комплексов, поскольку у женщин детородного возраста и беременных встречаются не моно-, а полигиповитаминозные состояния. Перечень специализированных продуктов для питания при беременности и кормлении грудью на фоне различной алиментарно-зависимой патологии включает при гиповитаминозах БАД к пище, содержащие витаминно-минеральные комплексы, при анемии —

БАД, содержащие поливитамины и железо (Письмо Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2006 N 15-3/691-04, разд. 1.5).

С другой стороны, эксперты Американской коллегии акушеров-гинекологов предупреждают о том, что необходима осторожность в отношении широко распространенного рутинного приема сложных витаминно-минеральных комплексов (ВМК). Это связано с тем, что макро- и микроэлементы снижают скорость высвобождения витаминов из ВМК; микроэлементы, часть из которых являются тяжелыми металлами, могут нарушать стабильность витаминов, катализируя их разрушение (ФК, пиридоксин, холе- и эргокальциферол). Помимо этого, существует взаимодействие между составляющими этих комбинаций (антагонизм кальция и магния; окислительно-восстановительные реакции между железом и цинком, кальцием, магнием, витаминами А и Е, бета-каротином; взаимодействие витаминов С и группы В).

Подобная настороженность представляется вполне оправданной. Однако это не должно относиться к действительно необходимым поливитаминам, содержащимся в хорошо сбалансированных комплексах.

Оптимальными, наиболее сбалансированным поливитаминовыми комплексами являются Фемибион® Наталкер I (для планирующих беременность и беременных — до конца 12-й нед) и II (начиная с 13-й нед и до окончания периода грудного вскармливания). Они включают ФК и метафолин (1:1), другие необходимые витамины, рекомендованные международными экспертами, и не содержат «ненужных» витаминopodobных веществ и минералов, действие которых не доказано.

Ваша пациентка может подарить ребенку больше, чем свои красивые глаза

По данным недавнего исследования здоровье ребенка в течение жизни может быть на 75% предопределено эпигенетикой, например, взаимодействием генов с образом жизни матери.¹

Рекомендуйте вашей пациентке принимать специально подобранные комбинации питательных веществ на разных стадиях беременности:²

- ФЕМИБИОН 1 содержит 400 мкг фолатов с оптимальным соотношением 1:1 (метафолин + фолиевая кислота) для создания необходимого уровня в организме³
- ФЕМИБИОН 2 содержит фолаты в количестве 400 мкг (метафолин + фолиевая кислота) для поддержания деления клеток и роста тканей, а также ДГК в количестве 200 мкг для развития головного мозга и зрения ребенка⁴, начиная с 13-й недели беременности.

femibion
Для поколения здоровых детей

CFP № RU.77.99.11.003.E.002915.02.15 от 10.02.2015 г.
CFP № RU.77.99.11.003.E.002923.02.15 от 10.02.2015 г.

1. Приблизительно на 25% здоровье ребенка в течение жизни предопределено генетическими факторами, а до 75% может быть обусловлено взаимодействием его генов с образом жизни матери. Образ жизни включает питание, здоровье мамы и младенца, воздействие от курения и отсутствия стресса. (Tel. Al et al., Genome Res. 2014, 24(7):1054-1074).

2. В качестве добавки к разнообразной и сбалансированной диете и здоровому образу жизни.

3. Прием фолиевой кислоты в качестве добавки повышает уровень фолатов в организме матери. Низкий уровень фолатов в организме матери является одним из важных факторов риска в отношении дефектов нервной трубки у развивающегося плода. Как следствие, женщинам рекомендуется дополнительный прием фолиевой кислоты в количестве 400 мкг в сутки в течение, по меньшей мере, 1 месяца до зачатия и до 3 месяцев после него. Существуют и другие (генетические, экологические) факторы повышения вышеуказанного риска.

4. Потребление матерью ДГК способствует нормальному развитию головного мозга и зрения у плода и у ребенка, находящегося на грудном вскармливании. Польза ДГК достигается при ежедневном потреблении ДГК Омега-3 в количестве 200 мг в дополнение к рекомендованной суточной дозе жирных кислот Омега-3 (ДГК и ЭПК) для взрослых, составляющей 250 мг.

РЕКЛАМА

БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

«БЫТЬ ПОЛЕЗНОЙ И ВОСТРЕБОВАННОЙ»

Ольге Игоревне Линевой, профессору кафедры акушерства и гинекологии Самарского государственного медицинского университета, заслуженному врачу РФ, 16 мая исполнилось 80 лет. В связи с этим знаменательным событием мы попросили Ольгу Игоревну дать интервью для нашей газеты. Однако связаться с юбилером оказалось непросто. Лекции, практические занятия с врачами, диссертационный совет, консультации пациенток... Профессор Линева с трудом нашла свободное время. Отсюда и первый вопрос в беседе.



— Ольга Игоревна, поделитесь, пожалуйста, секретом, как вам удалось сохранить работоспособность и бодрость духа, которым позавидуют и молодые коллеги?

— Я считаю, что каждый человек рождается для выполнения определенной миссии на Земле. Выбранный нами или предначертанный свыше путь мы обязаны пройти достойно, честно и до конца. Именно это является залогом и основой преодоления проблем, связанных с возрастом, плохим самочувствием и нелегкими жизненными ситуациями.

— Вы решили стать врачом, потому что кто-то из ваших родителей был медиком?

— Мой папа, уроженец города Орши (бывшая Белорусская ССР), закончил в Москве военное училище, служил в структуре УВД. Во время Великой Отечественной войны воевал в Белоруссии и Польше. Был тяжело ранен, умер от ран 2 августа 1944 года.

Мама закончила рабфак Казанского педагогического института. Работая на фабрике, получила тяжелую производственную травму. Когда она вышла замуж, ей долго не разрешали иметь детей, и она устроилась замполитом в Деткомиссию, где создала хор народной песни и пляски из беспризорников. По состоянию здоровья мама, к сожалению, не смогла реализовать свои артистические способности и до ухода на пенсию заведовала школьной библиотекой. Так что никто из моих родственников не имел отношения к медицине.

Еще в детстве мне хотелось помогать окружающим. Например, когда моя бабушка умирала от рака печени, а мне было 9 лет, я старалась ухаживать за ней и облегчать ее страдания; уже тогда появилось желание стать врачом. Но мысль об этом скоро переключилась на новое увлечение — математику. Я выигрывала республиканские олимпиады и решила поступать на физмат Казанского универ-

ситета. Но после окончания школы мама буквально заставила меня подать документы в мединститут. Она аргументировала это тем, что нужно приносить пользу людям, а не повторно открывать уже открытые гениями законы «сухой» науки — математики.

— А что определило для вас выбор специальности — акушерства и гинекологии?

— В Казанском медицинском институте я увлекалась научной работой в студенческих научных кружках на кафедрах нормальной и патологической физиологии, была заместителем председателя студенческого научного общества, готовилась к преподавательской деятельности. Но тогда в стране начали обучение в ординатурах по подготовке специалистов с углубленным знанием английского языка для работы в африканских странах. Выбор пал в том числе на меня, причем нужны были только женщины — акушеры-гинекологи. Так я стала специалистом в этом направлении. Мне казалось, что будет трудно работать таким врачом: я была тогда мягкой, глубоко переживавшей любые неблагоприятные исходы. Профессия закалила меня и сделала сильной.

— Кто были ваши учителя в этой области медицины?

— Мое становление как клинициста проходило в стенах ведущей отечественной акушерско-гинекологической клиники им. В.С. Груздева в Казани. Это была настоящая академическая школа со своими традициями, требовательностью к сотрудникам и высоким профессионализмом. Память сохранила всех учителей: профессоров П.В. Маненкова, Р.Г. Бакиеву, доцента Б.Г. Садыкова и других. Но клиническое мышление и овладение практическими навыками мне передал профессор Л.А. Козлов, совсем недавно — 22 января 2020 года — отметивший свое 90-летие.

По окончании ординатуры я поступила в аспирантуру на той же кафедре, защитила кандидатскую диссертацию, 2 года проработала врачом в Казанской республиканской больнице. А в 1970 г. прошла по конкурсу на должность ассистента кафедры акушерства и гинекологии в Самарском медицинском университете (СамГМУ) и работаю здесь уже 50 лет. Я по праву считаю своим Учителем академика РАН А.Н. Стрижакова, так как он был научным консультантом моей докторской диссертации. Для меня Александр Николаевич — эталон, к которому нужно стремиться.

— Помните ли вы свою первую пациентку?

— Первую пациентку не помню. Но в памяти жива ситуация, когда при массивном послеродовом кровотечении во время моего дежурства в ординатуре было принято коллегиальное решение перелить родильнице мою теплую донорскую кровь из-за отсут-

ствия необходимых инфузионных средств. После этого стало понятно, что наша специальность требует постоянного напряжения, готовности к принятию неотложных и нестандартных решений.

— Какое из проведенных вами научно-медицинских исследований кажется сегодня самым значимым?

— Трудно ответить на этот вопрос, так как сфера моих научных интересов многогранна. Мною опубликовано более 600 печатных работ, 11 монографий, 8 руководств, 14 пособий, 6 учебников. На кафедре выпущено 4 сборника печатных трудов, оформлено 5 патентов. Под моим руководством защищено 65 диссертаций, из них 7 — докторские; сделано более 130 выступлений с докладами на форумах, конгрессах, съездах, конференциях как в нашей стране, так и за рубежом. Именно за достижения в области науки я награждена медалью «За укрепление авторитета российской науки» (2008), дипломом победителя номинации «Женщина-ученый» в акции «Женщина года-2009», орденом «Лучший медицинский работник России» (2010), медалью «За заслуги в здравоохранении» (2013), за выда-



Консультация доц. О.И. Линевой пациентки в родильном отделении Самарской областной больницы (1983 г.)

ющиеся достижения по укреплению репродуктивного потенциала страны — орденом Признания (2015).

— Что вам больше запомнилось: первая лекция для студентов или первая студенческая группа, которую вы вели?

— Конечно, моя первая лекция для студентов вечернего факультета, которые были старше меня. Это был сильнейший стресс, но сейчас я испытываю удовольствие при общении с аудиторией, врачебной или студенческой.

— Что вы думаете о сегодняшней реорганизации нашего здравоохранения? Коснулась ли она акушерско-гинекологической службы Самарской области?

— Наш регион всегда был в лидерах по внедрению новых организационных технологий. Я знаю это изнутри. Ведь, кроме заведования кафедрой, мне довелось много лет занимать должность главного акушера-гинеколога области.

Мне импонирует то, как выполняются указы Президента и реали-

зуются национальные проекты, как выстраивается маршрутизация больных, внедряются инновационные технологии, в том числе проект «Бережливая поликлиника». Функционирует прекрасно оснащенный Перинатальный центр, используются возможности дистанционного консультирования, СамГМУ тесно сотрудничает с областным Министерством здравоохранения — все это вызывает гордость и восхищение.

Эффективность такой комплексной работы подтверждают и показатели службы родовспоможения. По итогам 2019 г. в области нет материнской смертности, младенческая составляет 4,1 на 1000 новорожденных. Однако не могут не волновать кадровый дефицит и состояние сельского здравоохранения.

Мне кажется целесообразным сохранить обе формы последипломного медицинского образования — классическое и непрерывное, ввести институт наставничества, не только определив обязанности наставника, но и мотивировав его как морально, так и материально.

Кроме того, необходимо целевое распределение в ординатуру с частичным обучением на базе будущего места



Вручение проф. О.И. Линевой диплома в номинации «Женщина — ученый года» (2009 г.)

работы. Нужно сохранить дистанционное обучение только в форме лекций, а не семинарских и практических занятий. Нельзя перечеркнуть живое общение в медицине Учителя и его учеников.

— Кто-то из родных пошел по вашим стопам?

— К сожалению, я не создала династии... Но я счастливый человек в семейной жизни и в работе. До ухода мужа в мир иной мы успели отметить золотую свадьбу, он — химик, доцент в вузе — всегда поддерживал и понимал меня. У нас прекрасный сын с двумя высшими образованиями, четверо внуков, которых он воспитывает как настоящих мужчин, давая мне возможность продолжать работать.

— Как вы чувствуете себя в качестве юбиляра?

— Анализируя свою жизнь, я понимаю, где была неправда, что еще могла бы сделать, но не сделала. Жалею, что жизнь так коротка, а хочется быть еще полезной и востребованной...

Беседовал Александр Рылов

Услуги ненадлежащего качества при родовспоможении

Карина Рябинина, юрист

Медицинские услуги во время родов, оказанные ненадлежащим образом, могут стать причиной участия лечебно-профилактического учреждения в судебных разбирательствах. Ответственность за нанесение вреда, причиненного жизни и/или здоровью граждан в процессе оказания им медицинской помощи, регулируется Гражданским кодексом Российской Федерации (ГК РФ), а также Федеральным законом (ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ЧЬЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ?

Статья 1095 ГК РФ гласит: если в результате недостатков оказанной услуги гражданину причинен вред, то оказавшее такую услугу лицо (исполнитель) обязано его возместить. Эта обязанность устанавливается независимо от того, состоял потерпевший в договорных отношениях с исполнителем или нет. Если же услугу оказывает сотрудник организации, с которой заключен договор, последняя, согласно ст. 1064, 1068 ГК РФ и п. 3 ст. 98 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», возмещает вред в полном объеме.

ТРЕБОВАНИЕ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА В СЛУЧАЕ МЕРТВОРЖДЕНИЯ

Женщина попросила суд взыскать в счет компенсации морального вреда денежные средства с больницы, в которой ей оказывали помощь по родовспоможению. Как пациентка она наблюдалась в женской консультации этого лечебного учреждения с 14-й недели беременности. Мальчик родился мертвым, что, по ее мнению, было результатом некачественного оказания медицинских услуг. Истица настаивала на привлечении к ответственности и женской консультации.

Однако поскольку налицо была верная оценка всех обстоятельств, постановление определяло, что размер присужденной суммы обоснован, а положения Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 24.04.2020) «О защите прав потребителей» в данном случае неприменимы. Таким образом, акт нижестоящей судебной инстанции признан имеющим законную силу.

ДЕЛО ОБ ИСТРЕБОВАНИИ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА И МАТЕРИАЛЬНЫХ ЗАТРАТ НА ПОГРЕБЕНИЕ ПРИ СМЕРТИ РЕБЕНКА

В реанимационном отделении районной больницы скончалась девочка: при родовспоможении были ненадлежащим образом оказаны медицинские услуги. По данному факту возбуждено уголовное дело (ч. 2 ст. 109 УК РФ) с признанием матери и брата покойной потерпевшими. Как истцы они подали заявление о компенсации морального ущерба и затрат на погребение ребенка. В качестве ответчиков были указаны лица, которым было инкриминировано причинение смерти в результате ненадлежащего исполнения ими профессиональных обязанностей, а также больница. Просьба взыскать компенсацию морального вреда с последней не подавалась, так как лечебное учреждение возместило его ранее. Суд первой инстанции частично удовлетворил иск, обязав медорганизацию компенсировать имущественный вред.

Заявители решили обжаловать этот акт в апелляции, указав, что не привлечены к гражданско-правовой ответственности признанные ответчиками лица и не решен вопрос о взыскании расходов

на установление мраморного памятника. Его приобретение было признано вышестоящим судом необходимой составляющей расходов, связанных с похоронами. В результате требования по иску были удовлетворены с возложением на больницу обязанности выплатить данную сумму.

ДЕЛО О ВОЗМЕЩЕНИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ИЗ-ЗА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АНЕСТЕЗИИ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Женщина подала исковое заявление о взыскании с больницы компенсации морального вреда. При кесаревом сечении ей была выполнена спинномозговая анестезия. После этого, как показала истица, она стала инвалидом 3 группы. В связи с полным отказом в иске при рассмотрении дела первой инстанцией заявительница подала жалобу, где было отражено, что пациентка в момент начала анестезии сообщила о наличии боли. В медицинские документы сведения о применении анестезиологического пособия, равно как и жалобы при его выполнении, не вносились.

Апелляционная инстанция не нашла причин для изменения решения нижестоящего суда, так как судебно-медицинская экспертиза показала: процедура анестезии проведена правильно, предусмотреть осложнения было невозможно. Согласно медицинской документации, предрасположенности к ним у женщины не имелось. Причинно-следственной связи между заболеваниями истицы и проводимой анестезией, а также услугами по родовспоможению не выявлено. После рассмотрения в апелляции жалоба оставлена без удовлетворения.

Моральный вред подразумевает физические или нравственные страдания, причиненные гражданину действиями нарушителя, на которого суд может возложить обязанность денежной компенсации. При этом истец указывает размер желаемого возмещения вреда, но определять его будет суд с учетом:

- степени вины ответчика;
- степени физических и нравственных страданий потерпевшего;
- других обстоятельств дела, заслуживающих внимания.

ИЗ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ

ВЗЫСКАНИЕ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПРИ ИНВАЛИДНОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО

Отец и мать новорожденного обратились с просьбой о взыскании с городской больницы компенсации морального вреда. Согласно исковому заявлению, младенец родился с низкой оценкой по шкале Апгар, что связано с некачественными услугами медицинского персонала больницы при принятии родов. У ребенка нет слуха, он не видит, не может издавать звуки; не способен выполнять движения и глотать; не воспринимает смену дня и ночи. Тяжесть его состояния, повлекшая установление инвалидности, настолько значительна, что применяемые для реабилитации современные медицинские технологии не ведут к улучшению.

Суд первой инстанции постановил взыскать со стороны ответчика часть запрашиваемой истцами суммы. Это решение было обжаловано медорганизацией в апелляционном порядке. Представитель пояснил, что объем компенсации морального вреда весьма значителен, поскольку состояние ребенка зависело от многих факторов, включая имеющиеся у его матери заболевания. Однако, оценив материалы дела, апелляционный суд пришел к выводу, что совокупность доказательств подтверждает лишь слишком позднюю диагностику внутриутробных нарушений развития и неправильное применение выходных акушерских щипцов. Последнее в случае верной тактики не должно было привести к травмам глаз новорожденного. Таким образом, как было указано, руководство больницы не приняло необходимых мер для надлежащего оказания услуг во время родов. Решение первой инстанции оставлено в силе.

Первая инстанция удовлетворила требования только в части возмещения морального вреда непосредственно больницей. Не согласившись с таким решением, в том числе с заниженным размером материальной компенсации, пострадавшая подала апелляционную жалобу. В ответе на нее вышестоящего суда указывалось, что смерть ребенка действительно произошла во время родов. Причиной стало ненадлежащее качество оказанных услуг, поэтому на медучреждение правильно была возложена обязанность по возмещению пациентке причиненного мораль-



28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

XXI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ

Мать и Дитя

Участие в научной программе форума «Мать и Дитя»:

Баранов Игорь Иванович
e-mail: i_baranov@oparina4.ru
тел.: +7 (495) 438-94-92

По вопросам участия в выставке:

Романова Анна
e-mail: romanova@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (109)
моб.: +7 (926) 612-48-79

По вопросам спонсорского участия:

Князева Анастасия
e-mail: knyazeva@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (112)
моб.: +7 (926) 611-23-94

Менеджер проекта:

Ранская Светлана
e-mail: svetlana@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (108)
моб.: +7 (926) 610-23-74

Подробнее на сайте:
www.mother-child.ru, www.mediexpo.ru

Регистрация участников:
Менеджер по работе с участниками

Скибин Николай
e-mail: reg@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (111)
моб.: +7 (926) 646-51-66

Бронирование гостиниц,
авиа- и ж/д билетов:
Менеджер по бронированию

Лазарева Елена
e-mail: hotel@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (119)
моб.: +7 (926) 095-29-02

Аккредитация СМИ
Менеджер по маркетингу

Еремеева Ольга
e-mail: pr@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (125)
моб.: +7 (926) 709-92-93




РЕКЛАМА



NOTA BENE!

Межрегиональные научно-информационные конференции и вебинары по акушерству и гинекологии для практикующих врачей



Миссия:

Врачи первичного звена — это важнейший актив в системе здравоохранения, с нашей помощью они будут лучшими в своем деле



Цель:

Улучшение и сохранение здоровья российских женщин и качества их жизни за счет повышения качества медицинской помощи на основе получения врачами новых знаний о современных методах диагностики, лечения и профилактики, отвечающих мировым стандартам



Наши спикеры: Ведущие эксперты и опинион-лидеры России



Междисциплинарный подход:

Акушерство и гинекология, дерматовенерология, иммунология, лабораторная диагностика, лекарственные средства, медицинская техника

Начисление слушателям баллов НМО

Поддержка медиаизданий:

- журнал «Акушерство, гинекология и репродукция» (издательство «Ирбис», главный редактор — акад. РАН Макацария А.Д.)
- газета «Акушерство и гинекология сегодня» (сообщество медицинских специалистов ООО «Издательский дом «АБВ-пресс», главный редактор — проф. Дикке Г.Б.)

Информация и расписание: www.notabene.ru

Инфекционные заболевания. Руководство для практических врачей



Е.Г. Силина,
А.Л. Верткин
2019. 180 с.

ISBN: 978-5-04-103260-9

Книга является результатом совместной работы сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова под руководством профессора А. Л. Верткина. В систематизированном виде даются сведения о различных категориях инфекционных болезней, сопутствующих им симптомах и синдромах. Отдельный акцент сделан на деталях осмотра пациента. Приводятся алгоритмы проведения диагностических процедур и рекомендации по установлению нозологического диагноза.

Книга является результатом совместной работы сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова под руководством профессора А. Л. Верткина. В систематизированном виде даются сведения о различных категориях инфекционных болезней, сопутствующих им симптомах и синдромах. Отдельный акцент сделан на деталях осмотра пациента. Приводятся алгоритмы проведения диагностических процедур и рекомендации по установлению нозологического диагноза.

Инфекции в акушерстве. Руководство для врачей



Н.А. Коробков,
В.В. Васильев,
Ю.В. Лобзин

2019. 397 с.

ISBN: 978-5-299-00967-5

Руководство посвящено актуальным вопросам акушерских инфекций и врожденной инфекционной патологии. Авторами представлены алгоритмы врачебных действий по диагностике, лечению и профилактике, основанные на собственном многолетнем опыте и анализе литературы. Особое внимание уделено вопросам организации работы по предупреждению инфекционных заболеваний в акушерском стационаре. Издание адресовано преподавателям вузов (в системах как до-, так и последилового образования), практикующим акушерам-гинекологами, неонатологам, инфекционистам, эпидемиологам.

Руководство посвящено актуальным вопросам акушерских инфекций и врожденной инфекционной патологии. Авторами представлены алгоритмы врачебных действий по диагностике, лечению и профилактике, основанные на собственном многолетнем опыте и анализе литературы. Особое внимание уделено вопросам организации работы по предупреждению инфекционных заболеваний в акушерском стационаре. Издание адресовано преподавателям вузов (в системах как до-, так и последилового образования), практикующим акушерам-гинекологами, неонатологам, инфекционистам, эпидемиологам.

Лабораторная диагностика вирусных инфекций по Леннету



К.Р. Джером,
Х.Ф. Рабенау,
М.К. Эстес

2018. 783 с.

ISBN: 978-5-906828-36-18

В книге содержится информация о возбудителях вирусных инфекций

и методах вирусологической лабораторной диагностики на основе синдромного подхода. Подробно описаны теоретические основы уже используемых молекулярно-генетических методов (серологические, ПЦР и другие) и технологически новые (ДНК-микрочипы, сверхразрешающая электронная и атомно-силовая микроскопия). Описаны методики проверки результатов исследований, а также их правильной статистической обработки.

Схемы лечения. Инфекции. 2-е изд., испр. и доп.



С.В. Яковлев

2020. 256 с.

ISBN: 978-5-4235-0340-6

Настоящее издание представляет собой компактный справочник по современной

противомикробной терапии. Оно содержит общие принципы и актуальные схемы лечения наиболее распространенных заболеваний, требующих назначения антимикробных препаратов. Предназначается врачам общей практики, терапевтам, педиатрам, клиническим фармакологам и всем специалистам, интересующимся вопросами рациональной фармакотерапии инфекций, а также студентам медицинских учебных заведений.

PUBLISHING HOUSE

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная Кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня»;
- клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- справочники для специалистов

Удобный функционал: возможность чтения off-line.

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

Google play App Store

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!



КИНО

Выбор главного редактора Г.Б. Дикке

Лекарь: Ученик Авиценны

Германия, 2013

Создатели: Ф. Штёльцль, Т. Пэйн,

Б. Кингсли, Э. Ригби

Жанр: Драма, приключения, исторический



Увлекательная картина по одноименному роману Ноа Гордона о невероятном, полном опасностей и интересных встреч пути молодого героя к постижению врачебной мудрости. История разворачивается в Англии XI века, в то время, когда многие знания канули в Лету благодаря тому, что церковь боролась против черной магии во всех ее проявлениях. Медицина также лишилась фундаментальных основ, заложенных Гиппократом и римскими врачами...



КНИГА

Выбор профессора О.И. Линевой

Стефан Цвейг. Новелла «Амок»

1922 г.

Это одна из замечательных историй о страстях, как определил в подзаголовке сам автор. Главный герой повествования — врач, ставший жертвой такой страсти; подчиняясь чарам деспотичной женщины, он допускает хищение больничной кассы. Единственная возможность избежать скандала и спасти собственную честь — отправиться в дальнюю малонаселенную голландскую колонию. Однажды к нему обращается прекрасная дама, которая в отсутствие супруга-коммерсанта оказалась в затруднительном положении. Она полюбила молодого офицера и теперь носит плод этой любви. А вскоре должен вернуться муж. Женщина просит помощи, но делает это столь высокомерно, что просьба выглядит как приказ. Такое требование вызывает у доктора недобрые чувства. Она предлагает большие деньги за избавление от беременности. А он ожидал не категоричного требования, но отчаянной мольбы...

