



Тема номера: **Контрацепция: выбор расширяет возможности**

с. 3

Экстренная контрацепция.
Что нового?

с. 4

Кастомизация
комбинированных
оральных контрацептивов

с. 12

Осложнения беременности —
опасность, которую можно
предотвратить

с. 13

Многоцелевые
профилактические
технологии. Настоящее
и будущее

Слово главного редактора



**Галина Борисовна
ДИККЕ**

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

Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!

В ноябре 2018 года мне посчастливилось принять участие в семинаре Teach the Teachers Course, организованном Европейским обществом по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC) в Белграде. Слушая выступления мировых лидеров в области контрацепции, я с удовлетворением отметила, что в нашей стране информация для врачей о современных методах регулирования рождаемости представлена на должном уровне. Однако мною отмечена и разница в предоставляемых сведениях. Если в России акцент делается на комбинированных оральных контрацептивах и их непротивопоказательных свойствах, то наши зарубежные коллеги акцентируют внимание на выборе противозачаточных средств, отвечающих требованиям безопасности, путем взвешенного подхода к индивидуальной оценке «польза/риск».

Все еще существующий патерналистский подход, когда врач «назначает» средство контрацепции, должен смениться сотрудничеством, когда женщина принимает автономно, принимает решение о выборе метода контрацепции самостоятельно на основании информации, предоставленной врачом.

Надо отметить, что «контрацептивная грамотность» россиянок значительно выросла в последние годы, и КОК в настоящее время используют не менее 30 % женщин. Вместе с тем число пользующихся внутриматочной контрацепцией сокращается (на 24,8 % за 2009–2018 гг.), гормональные средства пролонгированного действия (рилизинг-системы) используют единицы (только 1,5 %), а экстренная контрацепция вообще применяется «эксклюзивно» (менее 1 %).

Все это говорит о том, что у нас есть еще немалые резервы в повышении качества медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья.

Виртуальный круглый стол

На пути к стабильности: пролонгированная контрацепция

В июле 2012 г в Белладжиио (Италия) состоялось совещание экспертов Совета по народонаселению ООН и Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO) по вопросам ускорения достижения целей развития тысячелетия в области повышения качества репродуктивного здоровья. Были выделены приоритетные направления, одно из которых — расширение доступа к высокоэффективным методам обратимой контрацепции длительного действия (Long-Acting Reversible Contraception, LARC).

Что отличает LARC от других методов контрацепции?

Согласно руководству Национального института здравоохранения Великобритании, к LARC относятся средства, которые применяются не чаще чем один раз в месяц — внутриматочные спирали (ВМС, 5–10 лет), имплантаты (3 года), инъекции (3 месяца) и вагинальные кольца (1 месяц) — и эффективность которых является самой высокой и не зависит от контроля со стороны пользователя. В США LARC имеют более ограниченное определение и включают только имплантаты и ВМС.

«LARC предлагают женщинам безопасный и длительный выбор для предотвращения беременности — такой, который не требует никаких реальных мыслей или усилий в течение многих лет».

Fred Wyand, 2019

Какие методы контрацепции наиболее популярны в настоящее время?

В странах с развитой экономикой женщины активно используют контрацепцию (рис.), а наибольшей популярностью отличаются оральные гормональные препараты (в некоторых скандинавских странах частота их использования достигает 60 % и более).

В числе LARC вполне достойное место занимают ВМС — пальму первенства, по данным **Conor Stewart** за 2018 год, держат Норвегия (23,3 %), Франция и Эстония (по 21,5 %). Австрия, Россия и Украина занимают 10-е место из представленных 28 стран Европы — по 14 %. Причем в Норвегии и Франции, по данным института Гуттмахера, ВМС с левоноргестрелом используют более 50 % из числа пользовательниц ВМС, а среди американок, как утверждает **David Hubacher** (2018), — 76 %.

ДОЛЯ ЖЕНЩИН,
ИСПОЛЗУЮЩИХ КОНТРАЦЕПЦИЮ
(ВОЗ, 2017)



«В Швеции существует большая неудовлетворенная потребность в контрацепции (8,9%). Расширение использования противозачаточных средств и пропаганда LARC — это возможный путь продвижения вперед в усилиях по снижению частоты нежелательных беременностей»

Helena K. Kallner, 2015

Следует ли информировать женщин о побочных эффектах?

Несмотря на то что гормональные рилизинг-системы существуют уже более 30 лет, информированность о них среди потенциальных пользовательниц остается низкой. Поэтому во время консультирования необходимо предоставить аргументы по вопросам механизмов действия LARC, определяющих их надежность; возможности применения этой группы средств у разных категорий женщин, в том числе у девочек-подростков, нерожавших женщин и пациенток, перенесших прерывание беременности; изменения характера менструальных кровотечений; повышения качества жизни; обратимости эффекта, что в конечном итоге способствует реализации репродуктивных планов в желаемое время.

Информирование о возможности возникновения побочных эффектов и отсутствии отрицательных последствий для здоровья **повышает удовлетворенность пациентов выбранным методом.** При качественном консультировании женщины выбирают LARC в 2 раза чаще, чем КОК, при этом частота отказов в последующем в 3 раза ниже и не увеличивается среди подростков.

«Во всех возрастных группах побочные эффекты — наиболее распространенная тема, о которой женщины (69 %) хотят получить больше информации».

Kristin E. Forsberg, 2019

Влияет ли мнение врачей на выбор метода контрацепции?

Как отмечает **Marina A.S. Daniele** (2017), это влияние довольно сильное. Многие ошибочно полагают, что, например, ВМС влечет за собой серьезные побочные эффекты, такие как воспаление тазовых органов (и даже бесплодие), и считают этот метод неприемлемым для подростков и нерожавших. Поэтому многие медицинские работники неохотно рекомендуют ВМС. Эти результаты удивительно похожи на исследования во всем мире и частично объясняют, почему использование LARC низкое. Таким образом, улучшение подготовки медработников и повышение осведомленности широкой общественности может повысить популярность этих методов. Особо подчеркивается, что мнение врача не должно оказывать влияние на выбор женщины (за исключением оценки «риск/польза»).

«Женщины принимают рациональное решение о применении противозачаточных средств и выборе метода в значительной степени на основе своего восприятия потенциального вреда наряду с другими соображениями, включая экономические, психологические, социальные, семейные».

Gilda Sedgh, 2014

Почему все-таки LARC?

Продолжая тему LARC, профессор **О. А. Пустотина** (2015) озвучила данные о подкожных имплантатах с этонгестрелом (Импланон и Импланон НКСТ). В качестве важных преимуществ этих гормональных рилизинг-систем перед КОК автор называет: стабильное выделение малых доз гормонов по биологическому градиенту и точность дозирования; отсутствие суточных колебаний экскреции гормонов

и необходимости ежедневного самоконтроля; отсутствие эффекта первого прохождения препарата через печень и желудочно-кишечного взаимодействия с другими лекарственными средствами. Указанные средства относятся к группе чистогестагенов, поэтому лишены эстрогензависимых влияний на метаболические параметры.

Преимущества ВМС с левоноргестрелом отмечает проф. **Г.А. Чернуха** (2014): механизм действия обеспечивает их высокую контрацептивную надежность, сопоставимую со стерилизацией, возможность их применения у женщин разного возраста, в том числе у нерожавших, уменьшение менструальных кровотечений / потенциальное развитие аменореи, снижение риска воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), обратимость и быстрое восстановление фертильности, долговременная экономическая выгода.

Анализ стоимости обоих типов ВМС (медьсодержащие ВМС и левоноргестрел-релизинг-системы) показал, что они входят в группу наименее дорогостоящих контрацептивных методов при расчете на 5-летний период использования (ACOG, 2011).

«Ни один другой метод контрацепции не претерпел столь быстрой и полной смены медицинской репутации, как внутриматочные средства, за последние несколько лет».

David Hubacher. 2018

В заключение отметим, что 10 лет назад **John Cleland** (2009) утверждал, что в последние годы наметилась четкая тенденция к росту числа женщин, сделавших свой выбор в пользу LARC. Его прогноз: к 2020 году их будут использовать около 57 млн женщин во всем мире. Результат скоро узнаем!

УПРАВЛЯТЬ ЗАЧАТИЕМ ДИСТАНЦИОННО

Казалось бы, что общего между электроникой и контрацепцией? По убеждению Билла Гейтса, основателя Microsoft, самая прямая. Его идея создать электронный контрацептив активно воплощается в действительность.

По мнению разработчиков, компании MicroCHIPS и Массачусетского института технологий (МИТ), устройство, представляющее собой микрочип, обладает функцией удаленного контроля зачатия, который сможет работать в течение 16 лет. Чип размерами 20x20x7 мм содержит контейнер с гормонами, которые применяются в противозачаточных средствах. Их расход равен порядка 30 мкг в день. Препарат вводится ежедневно посредством слабого электрического заряда, расплавляющего оболочку с гормонами. Микрочип можно имплантировать в ягодицы, предплечье или брюшную полость. Управлять контрацептивным имплантатом можно дистанционно, с помощью пульта. Если женщина планирует беременность, нужно просто нажать кнопку на пульте, чтобы дезактивировать устройство.

Новой технологии потребуется ряд доработок, в частности, к имплантату необходимо будет применить специальные методы шифрования для защиты беспроводных потоков данных. Сегодня имплантат проходит тесты на безопасность. Если они пройдут успешно, то в скором времени контролировать свою фертильность можно будет дистанционно.

Источник: metro.co.uk



VII Междисциплинарный форум
Медицина молочной железы
14-16 мая 2020, Москва
«AZIMUT Отель Олимпик Москва»








IV Национальный конгресс
Онкология репродуктивных органов
14-16 мая 2020, Москва
«AZIMUT Отель Олимпик Москва»















ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНЫЙ

Онкопатруль



StatusPraesens
profmedia

РУДН



MAPC

spnavigator



+7 (499) 346 3902



info@praesens.ru



praesens.ru



praesens



stpraesens



statuspraesens

НОВОСИБИРСК

21–23 МАЯ 2020

V ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:
СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ»



Место проведения:
Дворец культуры железнодорожников (ул. Челюскинцев, д. 11)

 +7 (499) 346 3902, доб. 515

 ba@praesens.ru

 praesens.ru

 [stpraesens](https://www.facebook.com/stpraesens)

 [praesens](https://vk.com/praesens)

 [statuspraesens](https://www.instagram.com/statuspraesens)




StatusPraesens
profmedia

Экстренная контрацепция. Что нового?

Опросы показали, что только 50 % жительниц Германии слышали об экстренной контрацепции (ЭК) и только 12 % когда-либо к ней прибегали. В Великобритании 91% женщин знают о «таблетках на утро» и лишь 7 % пользовались этим методом. В России эти показатели составили 59% и менее 1% соответственно.

Экстренная (посткоитальная) контрацепция относится к методам предупреждения беременности в течение первых нескольких дней после незащищенного полового акта. Однако используется она недостаточно, представляя собой существенный резерв в профилактике непланируемых зачатий.

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТЫ ОБ ЭК (ВОЗ, 2020)

- Экстренная контрацепция может предотвратить беременность в 95 % и более случаев при использовании в течение 5 дней после полового акта.
- ЭК можно применять в следующих ситуациях: незащищенные половые контакты, наличие сомнений в эффективности использованных контрацептивов или их неправильное использование, сексуальное насилие.
- Методами ЭК являются медьсодержащие внутриматочные спирали (ВМС) и таблетки экстренной контрацепции (ТЭК).
- Медьсодержащая ВМС — наиболее эффективная из существующих форм ЭК.
- Рекомендуемые средства медикаментозной ЭК: улипристала ацетат, мифепристон, левоноргестрел (ЛНГ)

Наиболее эффективным методом ЭК является ВМС: обзор 42 исследований показал, что частота наступления беременности при введении спирали в течение 5–7 дней после полового контакта составляет менее 0,1%.

или комбинированные оральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол (ЭЭ) и левоноргестрел.

СОСТАВ И ДОЗЫ ГОРМОНАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

В последние годы вопросу ЭК уделялось огромное внимание. Под эгидой ВОЗ проводились исследования, посвященные изучению и сравнению различных методов. Бесспорным лидером по эффективности среди них признана ВМС: обзор 42 исследований показал, что частота наступления беременностей при введении спирали в течение 5–7 дней после полового контакта составляет менее 0,1 %.

В 2013 году авторитетная международная медицинская организация «Кокрановское сотрудничество» (Cochrane collaboration) обобщила данные 100 исследований с участием более 55 000 женщин со всего мира, принимавших ТЭК. Метаанализ показал, что средние и даже низкие дозы мифепристона (25–50 мг и <25 мг соответственно) превосходят по эффективности левоноргестрел. А однократный прием ЛНГ в дозе 1,5 мг столь же эффективен, что и стандартная схема в два приема по 0,75 мг с интервалом в 12 часов.

На эффективность ТЭК влияют такие факторы, как время после незащищенного полового акта, когда был принят препарат (рекомендуется в течение 72 часов), и фаза менструального цикла. В ряде исследований было доказано, что применение ЛНГ наиболее эффективно до овуляции. В случае приема препарата в фертильные дни, т.е. в течение 5 дней до овуляции и 1–2 дней после нее, его эффективность не превышает 68 % даже при использовании в первые 4 часа после незащищенного секса. По данным исследования Ное G. с соавт. (2010), после приема ЛНГ

в день овуляции или сразу после нее беременность наступила у 8 женщин из 148 (5,4 %).

Также было установлено значительное влияние индекса массы тела (ИМТ) на эффективность различных методов экстренной контрацепции. У женщин с ИМТ >25 и >30 эффективность ТЭК снижается более чем в 1,5 и 3 раза соответственно в сравнении с женщинами, у которых ИМТ нормальный (19–25) (Festin M. P.R. et al., 2017).

В 2019 году Международная федерация гинекологии и акушерства (FIGO) одобрила 4-е издание Руководства по предоставлению медицинской помощи и услуг в отношении ЭК Международного консорциума по экстренной контрацепции. Согласно этому документу мифепристон и улипристала ацетат являются наиболее эффективными средствами ЭК после медьсодержащих ВМС.



Тамара Николаевна БЕБНЕВА
К.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки, врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» МЗ РФ, Москва

Международное непатентованное название и доза	Препараты, зарегистрированные в РФ	Количество доз		Частота наступления беременности	Эффективность ⁵
		Первая доза	Через 12 ч		
Левоноргестрел 1,5 мг	Эскапел	1	0	0,6–3,1 % ³	74–93 % ⁶
Левоноргестрел 0,75 мг	Постинор Эскинор-Ф	2 или 1	0 или 1		
Улипристала ацетат 30 мг	Эллаон Двелла	1	0	0,9–2,1 % ³	85 % ⁶
Мифепристон ¹ 10 мг	Мифепристон-72 Гинепристон Агеста Женале	1	0	0,7–1,2 % ⁴	93 % ⁴
КОК (метод Юзпе) ² 100 мкг ЭЭ и 0,5 мг ЛНГ	Овидон (50/250) Микрогинон (30/150) Ригевидон (30/150) Оралкон (30/150) Минизистон (30/125)	1	1	2,0–3,5 % ³	47–53 % ⁶

1. Мифепристон в качестве специализированного средства для ЭК имеется в наличии только в нескольких странах, включая Китай, Вьетнам и Россию.
2. Рассматривается в качестве средства ЭК лишь в тех регионах, где специализированные экстренные контрацептивы недоступны.
3. Cleland K. с соавт. Clin Obstet Gynecol. 2014; 57(4): 741–50.
4. Carbonell J.L. et al. Int J Womens Health. 2015; 7: 95–102.
5. Доля ожидаемых беременностей, которые удалось предотвратить с помощью этого метода.
6. ESHRE CapriWorkshop Group, 2015.

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ
20-22 апреля 2020, Москва
www.nsaconf.ru

Ключевые темы конференции

- ▲ Причины материнской смертности
- ▲ Узи навигация в акушерстве, анестезиологии и интенсивной терапии
- ▲ Осложнения анестезии
- ▲ Оценка рисков и фатальные ошибки в акушерстве
- ▲ Менеджмент крови пациента
- ▲ Юридические аспекты
- ▲ Клинические рекомендации

Место проведения:

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ

По вопросам участия

СЕРГЕЙ ХИЛОВ
Координатор проекта

Тел.: +7 (495) 646-01-55, доб. 137
Моб: +7 (929) 909-01-32
E-mail: nsa@ctogroup.ru

Реклама

Кастомизация комбинированных оральных контрацептивов

Катерина Яркова

За последние годы гормональная контрацепция претерпела существенные изменения. Появились новые комбинированные оральные контрацептивы (КОК), дозировки и схемы введения, что позволяет говорить о значительных достижениях в этой области. Все положительные изменения являются результатом ряда модификаций, внесенных в старые соединения, которые были обоснованы результатами глобальных многолетних исследований, проводимых в рамках доказательной медицины.



Кастомизация – от англ. *to customize*: настраивать, изменять что-то, делая более подходящим под нужды конкретного потребителя.

ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Мы систематизировали наиболее значимые достижения фармакологии за последние несколько лет по усовершенствованию данной группы препаратов:

- первое важное изменение касается эстрогенного компонента: с целью уменьшения побочных эффектов доза этинилэстрадиола была уменьшена, а синтетические эстрогены заменены натуральным эстрадиолом, что способствовало улучшению биосовместимости;
- прогестинный компонент был откорректирован с точки зрения оптимального дозирования, эндокринных и метаболических характеристик;
- некоторые из современных прогестинов, в частности дроспиренон, теперь обладают антиминералкортикоидным действием (для уменьшения такого важного побочного эффекта, как задержка жидкости в организме);
- использование естественных эстрогенов и прогестинов нового поколения привело к снижению прокоагуляционных изменений у здоровых женщин*;
- существует возможность выбора препаратов с высоким прогестагенным воз-

действием на эндометрий (диеногест, номегестрола ацетат), что крайне важно для женщин с аномальными маточными кровотечениями;

- были модифицированы схемы приема препаратов путем сокращения или исключения периода без таблеток (таким образом женщины могут избежать предменструальных симптомов).

К вышесказанному стоит добавить, что пероральный путь введения — не единственный для контрацептивов. Существуют альтернативные пути, такие как трансдермальный, трансвагинальный, внутриматочный и подкожный, снижающие желудочно-кишечные риски для отдельных категорий пациенток, а также возможные ошибки при приеме таблеток.

НЕКОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Практикующему врачу важно быть осведомленным о том, что новые КОК можно и нужно рассматривать в ракурсе неконтрацептивных преимуществ, поэтому кратко суммируем научно обоснованные лечебные эффекты, которые могут найти практическое применение у женщин с дополнительными потребностями, нуждающихся в контрацепции.

Акне и гирсутизм

Большинство женщин с акне и гирсутизмом, принимающих КОК, отмечают, что контрацептивы благотворно влияют на их кожу. Частично это происходит из-за роста глобулина, связывающего половые гормоны. Таблетки с ацетат

ципротероном и этинилэстрадиолом способствуют уменьшению акне (исходя из сравнения гистологии воспалительных элементов и общих оценок испытуемых) лучше, чем таблетки с левоноргестрелом (рис. 1). Исследования по сравнению таблеток, содержащих ацетат ципротерона, с таблетками, содержащими дроспиренон, хлормадинона ацетат, гестоден или дезогестрел, дали противоречивые результаты.

Женщинам с гирсутизмом могут быть рекомендованы КОК, содержащие один из антиандрогенных прогестагенов, в том числе ацетат ципротерона или дроспиренон, которые, как было установлено, приводят к улучшению клинических показателей течения данной патологии.

благодаря влиянию действующих веществ на эндометрий и укороченному безгормональному интервалу, который составляет 2 дня (рис. 2). Следовательно, он имеет прямые показания для лечения тяжелых менструальных кровотечений, которые отражены в инструкции по медицинскому применению. Данный препарат, исходя из последних публикаций, более эффективен для уменьшения количества дней кровотечения и снижения объема кровопотери по сравнению с комбинацией этинилэстрадиола и левоноргестрела.

Предменструальный синдром и предменструальное дисфорическое расстройство
В литературе часто исследуются вопросы, связанные с единичными сопутствующими

Левоноргестрел – «золотой стандарт», с которым сравнивают все новые контрацептивы в клинических исследованиях. Впервые начал применяться в 1968 г. Достаточно хорошо изученный прогестаген с высоким профилем безопасности и переносимости. Имеет низкие риски тромбэмболических осложнений.

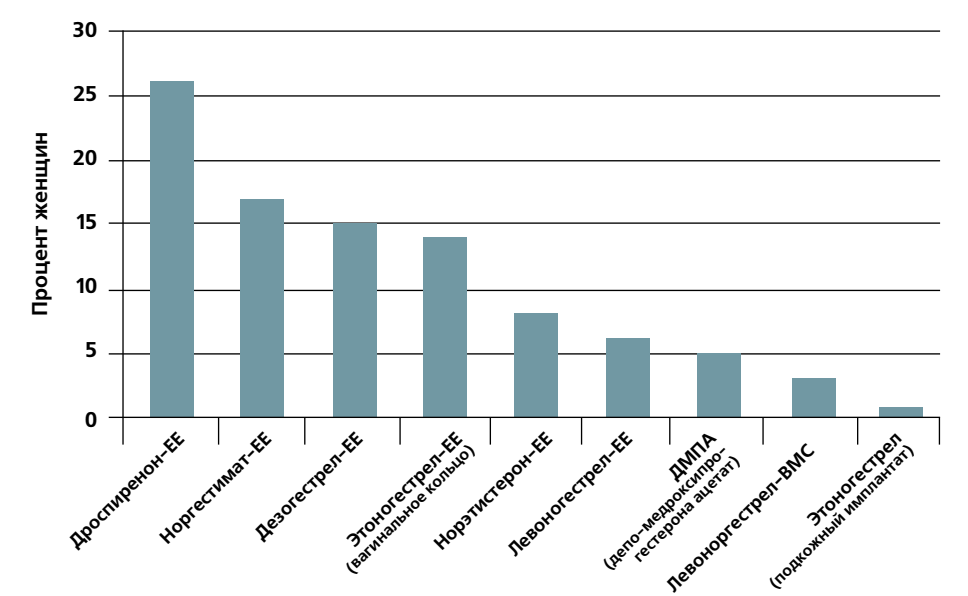


Рис. 1. Количество женщин, сообщивших об уменьшении акне, % (цит. по: Lortscher D. et al. J Drugs Dermatol. 2016; 15(6): 670–674)

Обильное менструальное кровотечение

Все КОК достоверно могут сокращать продолжительность и тяжесть менструальной кровопотери. Увеличение количества дней, в течение которых женщины принимают активные таблетки (при одновременном уменьшении или устранении неактивных таблеток), может быть целесообразно при сильных менструальных кровотечениях.

Валерат эстрадиола с диеногестом имеет четырехфазный режим, уменьшающий менструальную кровопотерю

щими менструальными симптомами различного генеза, однако важно уделить внимание категории пациенток, у которых наблюдается комплекс серьезных циклических симптомов, известных как предменструальный синдром. Многие женщины испытывают симптомы дисфории, которые были обозначены соответствующим научным термином — «предменструальное дисфорическое расстройство».

КОК, регулируя гормональные колебания, достоверно улучшают сопутствующие негативные физические симптомы

* В то же время по-прежнему существует необходимость в проведении масштабных РКИ, прежде чем можно будет сделать окончательные выводы. В любом случае имеющиеся на сегодня данные указывают на то, что гемостатические эффекты более новых КОК, особенно тех, в которых используются природные эстрогены, минимальны и часто остаются в пределах нормы.

Исследование	2023/ДРСР	Плацебо
Zhang G.Y. et al (2015)	-29.05	-24.94
Koltun W. et al. (2008)	-37.49	-20.99
Maloney J.M. et al. (2008)	-22.94	-10.46

5

Почему пользователи гормональной контрацепции предпочитают вагинальное кольцо?

Г.Б. Дикке

Несколько лет назад был проведен интернет-опрос среди 5120 женщин США, Бразилии, Австралии и шести стран Европы, включая Россию. Основной задачей этого исследования было выявить отношение пользователей к гормональной контрацепции, их осведомленность, потребности и предпочтения. Результаты оказались более чем интересными. Их оценка дает нам возможность лучше узнать ожидания потребителей гормональной контрацепции, а главное — помочь им в выборе того «самого подходящего» средства, которое надежно и надолго защитит от нежелательной беременности.



с партнером возникающие проблемы, что в итоге делает отношения более гармоничными, а снижение риска ряда гинекологических заболеваний повышает качество жизни женщин (Тихомиров А. Л., 2016).

МНЕНИЕ: «Контрацептивное кольцо — это все плюсы гормональной контрацепции. Нет никакого ПМС, месячные умеренные и совершенно безболезненные, цикл — регулярный. И никаких проблем с либидо! После 4 лет приема КОК я заметила некоторое снижение влечения, чем никогда прежде не страдала. После начала использования кольца НоваРинг проблема устранилась сама собой».

ОБЪЯСНЕНИЕ МЕНЬШЕЙ ЧАСТОТЫ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЬЦА НОВАРИНГ

Это кажется очень простым. Благодаря обильному кровоснабжению влагалища всасывание активных метаболитов происходит быстро и постоянно, что позволяет обеспечить равномерное поступление гормонов в кровь в течение суток — без ежедневных колебаний, которые наблюдаются при использовании КОК. Ежедневно из кольца высвобождаются минимальные дозы гормонов — 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела (первичного активного метаболита высокоселективного прогестерона дезогестрела). Таким образом, системное влияние на организм женщины минимально. Отсутствует первичное прохождение действующих веществ через печень, и нет желудочно-кишечных взаимодействий — это позволяет достичь необходимой эффективности и оптимального профиля переносимости при использовании меньших, чем в таблетках, ежедневных доз гормонов. А если вдруг возникнут рвота и диарея, то они не повлияют на эффективность кольца.

МОЖЕТ ЛИ МЕСТНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ВЛИЯТЬ НА СОСТОЯНИЕ ВЛАГАЛИЩА?

Многие женщины отмечают повышенное количество выделений из влагалища в процессе использования кольца. Частота таких жалоб у них на начальном этапе составляет 63 % (против 43 % в группе женщин, которые принимают КОК с 20 мкг ЭЭ). За период наблюдения продолжитель-

ТАК О ЧЕМ ЖЕ ПОВЕДАЛИ ЖЕНЩИНЫ НА СТРАНИЦАХ АНКЕТ?

Уже сама география исследования говорит о том, что респондентки были очень разными (в социальном, культурном, религиозном и других аспектах). Их возраст варьировал от 18 до 40 лет (в среднем приблизительно 31 год), и более 70 % были текущими пользователями противозачаточных таблеток.

Многие женщины не планировали иметь детей в течение следующих трех лет (от 44 % в России до 77 % в США и Великобритании), но большинство из них желали быстрого возврата фертильности после прекращения контрацепции (от 54 % в США до 91 % в России).

Показатели прекращения использования комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или перехода на другие гормональные контрацептивы в прошедшем году среди опрошенных варьировали от 30 до 81 % и в 24–57 % случаев были связаны с побочными эффектами. В связи с этим 80 % из них хотели бы рассмотреть возможность замены контрацептива, чтобы минимизировать воздействие эстрогена и избежать потенциальных побочных эффектов.

От 39 до 65 % пользователей КОК признались, что забывали принимать таблетки в нужное время в течение предыдущих 3 месяцев. В то же время 85 % предпочли бы ежемесячный вариант с более низкой дозой гормона, однако 53 % не хотели присутствия инородного устройства в своем теле или имели по этому поводу опасения (Hooper D.J., 2010).

МНЕНИЕ: «Принимала таблетки в течение 4 лет. Они всем меня устраивали, кроме одного — пить их надо регулярно. Да, банально, но факт! Каждый день в течение 21 дня (или 28) в одно и то же время (с небольшим плюсом-минусом). Не забыть взять упаковку на дачу, в гости, в путешествие. Не забыть принять. Вечное напряжение...»

Итак, в целом женщин не пугает перспектива использовать средство, содержащее гормоны, но в минимальном количестве и в режиме, исключающем необходимость ежедневного приема.

КАК МЕНЯЕТСЯ ЧАСТОТА ОТКАЗОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЯ?

На этот вопрос ответило исследование S. Jain с соавт. (2016). Сравнили вагинальное контрацептивное кольцо НоваРинг с ежемесячным введением с КОК, содержащим 30 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) и левоноргестрел (ЛНГ). Результат оказался ошеломляющим: доля женщин, отказавшихся от данных средств контрацепции через 3 месяца от начала их использования, составила 10 и 30 % соответственно. При этом положительные эффекты препаратов были сопоставимы (снижение объема менструального кровотечения — у 50 и 44 % пациенток, $p = 0,194$; нормализация ритма менструаций — у 83 и 71 %, $p = 0,194$ соответственно).

НоваРинг не создает дискомфорта и не снижает чувствительность партнеров при сексуальных отношениях. Женщины, использующие вагинальное кольцо, гораздо лучше знают, как устроен их организм, и не боятся обсуждать

15 мкг этинилэстрадиола/
120 мкг этоногестрела в сутки

Контрацепция один раз в месяц¹



Контрацептивная эффективность
(согласно проведенным клиническим исследованиям)
примерно 99%²



**Высокая приверженность
и удовлетворенность женщин^{3*}**



**Оптимальный контроль цикла
у 95% женщин^{4**}**

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Новаринг®.
2. Madden T., Blumenthal P., Contraceptive Vaginal Ring Clinical Obstetrics and Gynecology: December 2007 - Volume 50 - Issue 4 - p. 878-885.
3. Novak A., et al., Contraception. 2003; 67: 187-194.
4. Bjarnadóttir R et al. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186:389-395.

*В исследовании с участием 1950 женщин, использовавших Новаринг, 96% женщин были удовлетворены использованием кольца и 97% женщин рекомендовали бы его другим

**В группе Новаринга частота межменструальных кровотечений была ≤ 5% во всех циклах

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

Ключевая информация по безопасности
Новаринг® (этинилэстрадиол/этоногестрел). **Лекарственная форма:** кольца вагинальные. **Противопоказания:** венозный тромбоз и/или тромбоэмболия легочной артерии, в том числе в анамнезе; артериальный тромбоз (в т.ч. цереброваскулярные нарушения, инфаркт миокарда) или состояние, предшествующее тромбозу (в т.ч. транзиторная ишемическая атака, стенокардия), в том числе в анамнезе; predisposition к развитию венозного или артериального тромбоза, включая наследственные заболевания свертываемости крови; беременность; активная или перенесенная в последние 4 недели инфекция, вызванная вирусом гепатита С; острый панкреатит; тяжелые заболевания печени, в том числе в анамнезе, до нормализации показателей ее функции; опухоли печени (злокачественные или доброкачественные), в том числе в анамнезе; известные или предполагаемые гормонозависимые злокачественные опухоли (например, половых органов или молочной железы); кровотечения из влагалища неясной этиологии; беременность, в том числе предполагаемая; период грудного вскармливания; гиперчувствительность к любому из действующих или вспомогательных веществ препарата Новаринг®. **Безопасность и эффективность** препарата Новаринг® для девочек-подростков в возрасте до 18 лет не изучались. Препарат Новаринг® противопоказан к применению совместно с комбинацией препаратов для лечения вируса гепатита С: омбитапир/паритапревир/ритонавир с дасабувиром или без него. **С осторожностью** препарат Новаринг® следует применять в следующих случаях: факторы риска развития тромбоза и тромбоэмболии: наследственная predisposition к тромбозу (тромбозы, инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения в молодом возрасте у кого-либо из ближайших родственников); курение; ожирение (ИМТ >30 кг/м²); дислипидемия; адекватно контролируемая артериальная гипертензия; мигрень без очаговой неврологической симптоматики; заболевания клапанов сердца, нарушения сердечного ритма; тромбофлебит поверхностных вен; порок клапанов сердца; сахарный диабет без сосудистых осложнений; острые или хронические заболевания печени; желтуха и/или зуд, вызванные холестазом; желчекаменная болезнь; порфирия; системная красная волчанка; гемолитико-уремический синдром; хорея Сиденгама (малая хорея); потеря слуха вследствие отосклероза; (наследственный) ангионевротический отек; хронические воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит); серповидноклеточная анемия; хламидиоз, состояния, которые могут затруднить применение вагинального кольца: выпадение шейки матки, грыжа мочевого пузыря, головная боль, мигрень, боль в животе, тошнота, акне, нагрубание и болезненность молочных желез, генитальный зуд, у женщин болезненные менструальноподобные кровотечения, боль в области малого таза, выделения из влагалища, дискомфорт при применении вагинального кольца, выпадение вагинального кольца, увеличение массы тела, «нервно» (≥1/1000 и < 1/100) встречается цервицит, цистит; инфекции мочевыводящих путей, повышение аппетита, изменение настроения, головокружение, гипестезия, нарушение зрения, «приливы», вздутие живота, диарея, рвота, запор, аллергия, экзема, кожный зуд, сыпь, мышечные спазмы, боль в области спины, боли в конечностях, дисурия, имплантационные позывы к мочеиспусканию, поликиририя, опущение менструальноподобных кровотечений, неприятные ощущения в молочных железах, увеличение молочных желез, уплотнения в молочных железах, полипы шейки матки, контактные (во время полового акта) кровянистые выделения, (кровотечения), болезненные ощущения при половом акте, атрофия шейки матки, фиброэктопическая мастопатия, обильные менструальноподобные кровотечения, ациклические кровотечения, неприятные ощущения в области таза, предменструальноподобный синдром, спазм мышц матки, ощущение жжения во влагалище, запах из влагалища, болезненные ощущения во влагалище, дискомфорт и сухость вульвы и слизистой оболочки влагалища, утомляемость, раздражительность, недомогание, отеки, ощущение инородного тела, сложности при применении контрацептивного средства, разрыв (повреждение) кольца, повышение артериального давления, с частотой «редко» (≥1/1000 и < 1/1000) встречается венозная и артериальная тромбоэмболия. **Показания к применению:** Контрацепция.



MSD
INVENTING FOR LIFE®

ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 119021, Москва, ул. Тимур Фрунзе, д. 11, стр.1, БЦ «Демидов».
Тел.: +7 (495) 916 7100, факс +7 (495) 916 7094
www.msd.ru

Авторские права 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

*Создавая для жизни

Реклама

RU-TRL-00080; 10-2019

ностью 3 мес в исследовании Veres S. с соавт. (2004) количество выделений уменьшилось до 43 и 23 % соответственно и было отмечено увеличение количества Lactobacillus spp., продуцирующих перекись водорода, в 2,7 раз у женщин, использующих кольцо.

Другие лабораторные показатели, включающие количество колоний дрожжей, показатель критерия по шкале Нугента, количество лейкоцитов, pH влагалища, существенно не различались между методами. Только 2,1 % женщин пожаловались на сухость влагалища через год использования кольца, тогда как при использовании КОК с 30 мкг ЭЭ/ЛНГ таких женщин было 12,7 %, при использовании 15 мкг ЭЭ/гестодена — 30,4 % (Sabatini R. с соавт., 2006).

МНЕНИЕ 1: «Второй цикл. Ввела кольцо. На третий день начался... КОШМАР! Такой страшный зуд, что словами передать сложно... Пришлось заняться лечением. Думаю, это была молочница».

МНЕНИЕ 2: «А вы посещали гинеколога, когда у вас этот ужас начался? У меня тоже была молочница после экзаменов, из-за нервов, я так думаю. Но, как только начался зуд, сразу записалась к врачу, не ждала ни дня. Кольцо-то, может быть, и ни при чем...»

ПОЧЕМУ НОВАРИНГ НЕ ВЫПАДАЕТ, НЕ ЧУВСТВУЕТСЯ И НЕ МЕШАЕТ ПРИ ПОЛОВЫХ КОНТАКТАХ?
Влагалище расположено горизонтально, мышцы у входа во влагалище и упругие свойства кольца препятствуют выпадению. Большинство партне-

ров не чувствуют кольцо во время сексуальных контактов.

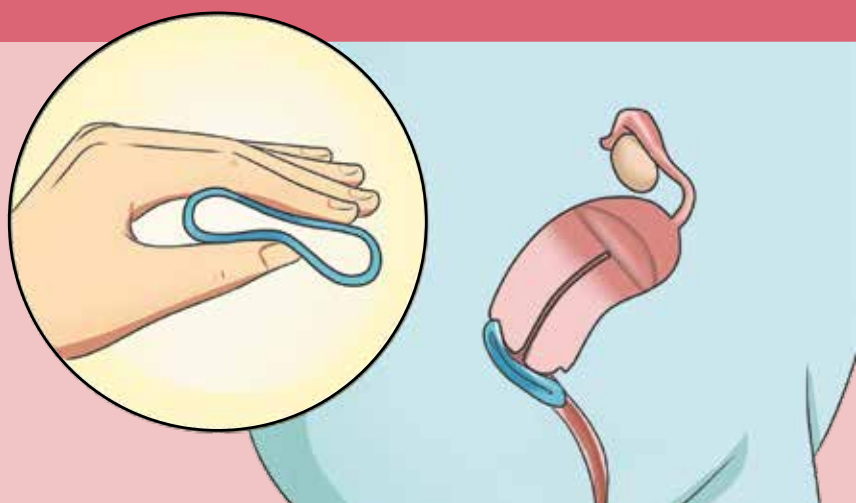
МНЕНИЕ: «Внутри кольцо не чувствуется ВООБЩЕ. Первый месяц я напрягалась: а не выпадет ли оно? Сейчас вообще забыла о его существовании. Оно физически не может выпасть. Даже если у кого-то там проблемы. Кольцо в любом случае шире, чем "входное отверстие", примерно в 2–3 раза».

Как мы видели из первого исследования, представленного в настоящей статье, основным требованием пациенток к контрацепции является надежность, то есть эффективность, которую мы определяем по индексу Перля (ИП). Так, ИП для кольца Новаринг был самым низким в исследовании Ahrendt H. J. с соавт. (2006), где он составил всего 0,25 (95 % ДИ: 0,01–1,36) против 0,99 (95 % ДИ: 0,27–2,53) для КОК, содержащего 30 мкг ЭЭ/дрозпиренон (ДРСП). Для обеих групп соблюдение режима приема было высоким (89,2 и 85,5 % соответственно). Подавляющее большинство женщин обнаружили, что вагинальное кольцо легко вводить (96 %) и удалять (97 %).

Практически все женщины в группе препарата Новаринг были удовлетворены средством (96,7 %) и рекомендовали бы его использование другим (против 82,1 % в группе КОК) (Jain S. с соавт., 2016).

МНЕНИЕ: «На основании своего опыта использования я рекомендую Новаринг. Однако хочу заметить, что мой отзыв — это результат моего опыта и, прежде чем решиться использовать тот или иной медикамент, необходимо проконсультироваться с врачом».

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ПО КОНСУЛЬТАЦИИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ



- Влагалище является «идеальным» местом для доставки гормонального контрацептива.
- Новаринг — это метод контрацепции с высокой контрацептивной эффективностью (более 99,5 %) и оптимальным профилем безопасности.
- Использование вагинального кольца находится под контролем женщины.
- Забывчивость не скажется на надежности кольца, потому что его не нужно использовать ежедневно, как таблетки.
- Удобно, комфортно и просто в применении.
- Цикл становится более регулярным, уменьшается болезненность и интенсивность менструальноподобного кровотечения.
- Возможно увеличение количества выделений из влагалища; другие побочные эффекты сходны или ниже по сравнению с таблетками.
- Минимальная осведомленность партнера-мужчины во время полового акта.
- Влагалищная гормональная релизинг-система не защищает от ИППП, включая ВИЧ.
- Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ, рекомендуется правильное и последовательное использование презервативов.

Контрацепцию следует выбирать!

Никогда не думайте, что вы лучше разбираетесь в том, что нужно другим людям.
Агата Кристи

Эксперты ВОЗ подчеркивают, что приверженность имеет фундаментальное значение для обеспечения эффективности контрацепции. Основным инструментом выбора метода — консультирование: врач дает информацию, а женщина выбирает метод, который является для нее приемлемым, то есть отвечает ее потребностям и ожиданиям.

Понятие «информированный выбор» подразумевает, что:

- предоставлена соответствующая четкая и достоверная информация, необходимая для принятия решения;
- предоставлена возможность выбрать один из имеющихся методов контрацепции в зависимости от собственных потребностей;
- решение было принято женщиной самостоятельно.

Консультирование — основа безопасного репродуктивного выбора

- Любое посещение женщиной медицинского учреждения должно сопровождаться консультированием и решением вопроса о плановой контрацепции.
- Повышение качества консультирования по выбору контрацепции — отказ от «назначения» в пользу самостоятельного выбора.
- Консультирование женщин при обращении по поводу нежелательной беременности еще до процедуры ее прерывания и раннее начало использования выбранного метода сразу после аборта.
- Необходима эффективная контрацепция у женщин с тяжелыми заболеваниями, представляющими угрозу жизни.



Возможность выбора определяется качеством консультирования путем использования многоступенчатого метода «5А», при этом предпочтения врача не должны оказывать влияния на выбор женщины (но решающее слово остается за врачом после оценки критериев приемлемости).

Модель консультирования «5А», рекомендуемая в клинической практике, включает следующие этапы:

Спросить (Ask) — этап, на котором врач помогает женщине осознать свои потребности (мотивированное интервью).

Посоветовать (Advise) — дать информацию о существующих методах контрацепции.

Оценить (Assess) желание пользоваться контрацепцией и узнать, каким методом пациентка хотела бы воспользоваться; оценить приемлемость выбранного метода с помощью критериев ВОЗ.

Помочь (Assist) в использовании выбранного метода (научить пользоваться).

Организовать (Arrange) динамическое наблюдение — определить необходимость повторного визита и оказать дальнейшую помощь.

Интеграция этой модели помощи в рутинную практику способствует значительному снижению риска наступления нежеланной беременности.

Модель консультирования «5А»

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ: выяснить потребность пациентки в контрацепции и помочь ей осознать эту потребность

- Задайте вопросы:**
- О репродуктивных планах.
 - О ранее использовавшихся методах контрацепции.
 - Об известных ей методах и возможных предпочтениях.
 - Об ожиданиях в отношении контрацепции.

ИНФОРМАЦИЯ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

- Расскажите пациентке обо всех методах, которые она может использовать.
- Используйте наглядные материалы.
- Поощряйте пациентку задавать вопросы.
- Спросите, какой метод ее заинтересовал.
- Дополните информацию о методе, в котором она заинтересована.

ПРИНЯТИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО РЕШЕНИЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА

- Оцените желание пользоваться контрацепцией.
- Узнайте, каким методом пациентка желала бы воспользоваться.
- Оцените приемлемость выбранного метода с помощью критериев ВОЗ (исключить противопоказания).
- Если пациентка не приняла решения, обеспечьте ее литературой, назначьте следующий визит.

ОБЪЯСНИТЬ, КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ВЫБРАННЫМ МЕТОДОМ

- Объясните пациентке, как пользоваться методом, и попросите ее повторить, что она поняла из объяснения.
- Опишите возможные побочные эффекты и признаки осложнений, в особенности те, которые требуют обращения к врачу.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ПОМОЩЬ

- Сообщите пациентке, когда ей следует прийти на повторный прием (при необходимости).
- Подчеркните, что она может вновь обратиться в клинику в любое время, если у нее возникнут проблемы.
- При повторном визите предоставьте необходимую (по потребности) структурированную информацию.



Важные вопросы, которые необходимо задать пациентке во время мотивированного интервью

- У вас есть дети? Хотите ли (еще) детей в будущем?
- Планируете ли вы беременность в ближайшее время или хотите предотвратить беременность сейчас?
- Используете ли вы контрацепцию в настоящее время?
- Вы использовали метод планирования семьи раньше? Если да, то удовлетворял ли он вас?
- Есть ли метод, который вам нравится и который вы хотели бы использовать?
- Вы говорили с вашим партнером об использовании контрацепции? Будет ли он поддерживать вас, если начнете использовать контрацепцию?
- Вы хотите сохранить ваш метод контрацепции в тайне от партнера или родителей?
- Вас беспокоит вероятность заражения ИППП или ВИЧ/СПИД?
- Есть ли у вас проблемы со здоровьем?

Таким образом, на данном этапе консультирования необходимо понять потребности пациентки в отношении планирования семьи.

Информирование обо всех методах контрацепции позволяет женщине выбрать один — самый подходящий. Информацию следует давать кратко, обращая внимание на разницу методов в отношении необходимости ежедневного контроля или длительности действия, побочных эффектов, экономичности, удобства применения.

Информирование о возможности возникновения побочных эффектов и отсутствии отрицательных последствий для здоровья повышает удовлетворенность пациентов выбранным методом.

ТАБЛИЦА, КОТОРАЯ ПОМОЖЕТ ВАМ РАССКАЗАТЬ ОБО ВСЕХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ
(менее 1 беременности на 100 женщин в год)



МЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ
(около 30 беременностей на 100 женщин в год)



После того как женщина выбрала подходящий для себя метод контрацепции, необходимо исключить противопоказания с помощью контрольного списка вопросов и критериев приемлемости методов контрацепции ВОЗ.

Контрольный список вопросов для выявления риска венозной тромбоэмболии и других осложнений

- Вы курите?
- Как вы думаете, вы могли бы быть беременной в настоящее время?
- Были ли у вас роды в течение последних 3 недель?
- У вас высокое кровяное давление?
- Были ли у вас сердечный приступ или инсульт?
- Был ли у вас тромбоз в легком или в венах ноги?
- Были ли у родственников инфаркты или инсульты в возрасте до 50 лет?
- Вы страдаете от диабета?
- Есть ли у вас головные боли по типу мигрени?
- У вас есть заболевание печени? У вас был рак печени?
- Есть ли у вас заболевание желчного пузыря?
- Был ли у вас рак молочной железы?
- Какие лекарства вы принимаете?

Длительность контрацепции, минимальное количество побочных эффектов и удобство применения являются определяющими в выборе метода женщинами. Контрацептивные эффекты гормональных средств могут быть использованы для удовлетворения дополнительных потребностей (уменьшение акне, гирсутизма, ПМС, обильных менструальных кровотечений и др.). Улучшение качества жизни при указанных состояниях ведет к повышению долгосрочной приверженности к препарату, а побочные эффекты воспринимаются как незначительные. При наличии гинекологических заболеваний у женщин, нуждающихся в контрацепции, следует учитывать эффекты препарата не только для краткосрочного лечения, но и для вторичной профилактики.

Новости

Новый метод мужской контрацепции

Ученые из Университета Канзаса исследуют новый метод мужской контрацепции в виде противозачаточного геля, который наносится на руку или плечо мужчины.

Гель разрабатывался в течение 10 лет в сотрудничестве с Национальными институтами здравоохранения (NIH). Частью исследования является испытание геля на людях. С этой целью врачи ищут пары, которые согласятся тестировать контрацептив в течение трех лет. Всего в испытаниях примут участие 420 пар по всему миру.

«Сегодня мужчины, которые хотят контролировать свою фертильность, ограничены в выборе презервативами и перевязкой семенных канатиков, — говорит ведущий исследователь испытаний доктор Аджай Нангиа. — Если гель окажется безопасным и эффективным, это станет настоящим прорывом в контроле над рождаемостью».

В ходе испытаний каждый мужчина должен будет ежедневно наносить прозрачный гель на руку или плечо. Препарат впитывается в кожу и уменьшает количество спермы. Вместе с тем пары должны быть готовы к рождению ребенка на случай, если гель не подействует. По правилам испытаний на первых порах пара может применять и другие формы контрацепции, а затем перейти исключительно на гель. Контрацептивный гель с условным названием NES/T, по словам доктора Шерила Фитцджеральда из Эдинбургского университета, способен за 6–12 недель сделать мужчину клинически бесплодным. Несмотря на оптимистичные прогнозы ученых, к самому контрацептиву остается немало вопросов. Данные, полученные в ходе испытаний в других странах, указывают на такие его побочные эффекты, как набор веса и акне. Однако если испытания пройдут успешно, то у человечества в ближайшие 10 лет появится достойная альтернатива женским противозачаточным таблеткам.

Источник: CBS Detroit

Серьги и браслеты защитят от беременности

Необычный способ контрацепции придумали исследователи из Технологического института Джорджии.

Идея заключается в том, чтобы наклеивать трансдермальные противозачаточные пластыри на внутренние поверхности украшений, которые тесно контактируют с кожей. Это могут быть серьги, кольца, ожерелья, браслеты, а также наручные часы. Содержащийся в пластыре гормон проникает через кожу в кровь, обеспечивая тем самым защиту от нежелательной беременности.

Ученые протестировали новую методику пока только на животных — на свиньях и голых крысах. Подопытным вдевали в уши серьги с пластырем, содержащим гормон левоноргестрел. На ночь пластырь отклеивали, чтобы имитировать снятие сережек на время сна. Эксперименты показали, что ношение сережек-пластырей даже с 8-часовым перерывом обеспечивает организм необходимым количеством гормонов. В дальнейшем планируется провести подобные испытания на людях.

Первоначально предполагалось, что контрацептивные украшения будут предназначаться для жительниц развивающихся стран, которые не могут себе позволить контрацептивы длительного действия, такие как имплантаты и внутриматочные спирали.

Однако позже исследователи пришли к выводу, что такая стратегия предохранения от беременности может быть привлекательна для женщин во всем мире.

Источник: www.sciencedaily.com

Нормальный микробиоценоз влагалища: достичь и сохранить!

Основная роль в поддержании постоянства микробиоценоза влагалища принадлежит лактобактериям. До середины XX в. считалось, что вагинальный микробиоценоз представлен в основном *Lactobacillus acidophilus* (палочками Додерлейна). К 1980-м стало известно, что у женщин репродуктивного возраста он неоднороден и представлен как *Lactobacillus spp.* (в 85–98 %), так и большой группой так называемых условно-патогенных микроорганизмов.



ЛАКТОБАКТЕРИИ И ДИСБИОЗ

Ravel J. с соавт. (2011) у здоровых женщин обнаружили преимущественно *L. crispatus*, *L. iners*, *L. gasseri* и *L. jensenii*. Лактобактерии, вырабатывающие перекись водорода и D-молочную кислоту, имеют особое значение в поддержании нормального микробиоценоза влагалища. Частота их выявления во влагалище колеблется от 47 до 100%, а количество в норме составляет 10^5 – 10^9 КОЕ/мл. Доминирование вида *L. crispatus* считается показателем стабильности микробиоценоза влагалища, поскольку выделяется при абсолютном нормоценозе. Напротив, вид *L. iners* не препятствует развитию условно-патогенной микрофлоры и присутствует у 85% пациенток с бактериальным вагинозом (БВ).

Petersen C. и Round J. L. (2014) утверждают, что дисбиоз — это любое изменение состава резидентных комменсальных (извлекающих пользу из сожительства с другим организ-

мом, не причиняющих ему вреда) микробных сообществ, обнаруженных у здоровых людей.

У 50–55% женщин с дисбиозом выявляется дисбактериоз кишечника, что говорит о едином дисбиотическом процессе в организме с доминирующим проявлением либо в генитальной, либо в пищеварительной системе.

Признание того, что изоляты влагалища и кишечника представляют одну и ту же популяцию, — важный шаг для будущих исследований.

ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ДИСБИОЗА ВАГЛИЩА

Пробиотики представляют собой пищевые продукты, лекарственные средства или биологически активные добавки в виде монокультур или комбинированных культур на основе живых представителей резидентной микрофлоры (бифидобактерий, лактобацилл, энтерококков) или непатогенных спорообразующих микроорганизмов.

Первый систематический обзор, посвященный применению пробиотиков и опубликованный в 2007 году, не показал убедительных данных в пользу вагинально вводимых *L. acidophilus* по сравнению с плацебо. Эксперты Кокрановского сообщества в 2009 году также пришли к выводу, что результаты исследований не дают достаточных доказательств за или против рекомендации пробиотиков для лечения БВ.

Обзор 2014 года позволил сделать более убедительные выводы: внутренний прием *L. acidophilus* или *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14* в дозе не менее 10^{6-7} КОЕ/день в течение 2 месяцев дает положительные результаты и является эффективным в восстановлении нормального вагинального микробиоценоза и профилактике рецидивов БВ.

Более осторожные выводы сделаны в отношении лактобактерий, вводимых интравагинально: определенные штаммы способны колонизировать влагалище и требуют дальнейшего изучения (Homaouni A. и др., 2014).

ПРОБИОТИЧЕСКИЕ БАКТЕРИИ

Из сотен так называемых пробиотических продуктов, содержащих лактобактерии, лишь немногие содержат идентифицируемые штаммы, о которых есть опубликованные данные, подтверждающие их полезность для человека.

L. rhamnosus GR-1, *L. reuteri RC-14* и *L. fermentum B-54* — виды, которые чаще всего встречаются у здоровых женщин в кишечнике и мочеполовых путях и, как выяснилось, наиболее полезны для восстановления биоценоза.

G. Reid, более 20 лет изучавший действие комбинации *L. rhamnosus/reuteri*, обнаружил, что эти штаммы прилипают к вагинальным клеткам и создают прочную биопленку на эпителии влагалища, гемагглютинируют эритроциты и продуцируют биосурфактанты (белок 29-кДа), приводят к поддержанию низкого pH и производству антимикробных веществ, таких как кислоты и перекись водорода. Изучена также антимикробная активность комбинации двух пробиотических штаммов — *L. Rhamnosus HN001* и *L. acidophilus GLA-14* — для приема внутрь, и было показано, что они обладают ингибирующей активностью в отношении анаэробных (*G. Vaginalis* и *A. vaginae*) и аэробных (*S. Aureus* и *E. Coli*) бактерий, а также выявлена колонизация этими лактобактериями влагалища у здоровых добровольцев. Показано, что комбинация *Lactobacilli* штаммов *rhamnosus GR-1* и *reuteri RC-14* является синергетической. Кроме того, проведено тестирование *L. Crispatus CTV05* для интравагинального введения после антибиотикотерапии острого эпизода инфекции мочеполовых путей с положительным результатом.

Дальнейшие исследования показали способность лактобактерий модулировать иммунный ответ и цитокиновый профиль хозяина. В частности, продуцирование инозина усиливалось микробиотой кишечника при введении *L. Reuteri*, который посредством взаимодействия с рецептором аденозина A_{2A} способствовал восстановлению профиля клеток Th1/Th2 и цитокинов (M.A.K. Azad с соавт., 2018).

ДОСТАВКА АКТИВНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЗОНУ ДЕЙСТВИЯ

Авторы, исследовавшие лактобактерии, выделенные из влагалища, установили их способность выживать при транзите через желудочно-кишечный тракт и связь с колонизацией ими влагалища. Представлены доказательства на основе

молекулярной биологии, что штаммы *rhamnosus GR-1* и *reuteri RC-14* сохраняются во влагалище длительное время и могут быть более подходящими для его колонизации по сравнению с другими лактобактериями. Это подчеркивает важность правильного выбора штаммов для пробиотического применения.

В качестве оптимальной лекарственной формы выбраны безжелатиновые капсулы, в которых содержится строго определенная доза лактобактерий в равной пропорции и не менее 10^9 КОЕ/мл. В кислой среде желудка оболочка капсулы растворяется, но находящиеся в ней лактобактерии остаются живыми вследствие защитного действия полисахаридного матрикса, который растворяется только в двенадцатиперстной кишке, где кислотно-щелочной баланс близок к нейтральному. Здесь происходит высвобождение бактерий в просвет кишечника. Продвигаясь далее по желудочно-кишечному тракту, лактобактерии достигают дистальных отделов кишечника и ввиду анатомической близости анального отверстия и преддверия влагалища успешно заселяют урогенитальную зону. Кроме того, колонизация данными видами лактобактерий, обладающими способностью укреплять кишечный барьер, может уменьшать микробную транслокацию из просвета кишечника в соседние ткани.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ОРАЛЬНОГО ПРОБИОТИКА

Оральный пробиотик Вагилак® на основе штаммов *L. Rhamnosus GR-1* и *L. Reuteri RC-14* используется для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры влагалища у женщин и девочек старше 10 лет.

Вагилак® принимается внутрь с пищей по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7 дней, затем — по 1 капсуле в день в течение 3–5 недель.

Применение препарата позволяет подавить рост патогенной и условно-патогенной флоры, добиться улучшения общего самочувствия пациенток и значительно (на 80% и более) снизить количество рецидивов заболевания (Vujic G., 2013; Anukam K. с соавт., 2006).

Особенный интерес представляет тот факт, что препарат на основе лактобактерий практически не имеет побочных эффектов и противопоказаний (только индивидуальная непереносимость компонентов продукта).

Вагилак® показан для лечения и профилактики дисбиозов влагалища, в том числе спровоцированных приемом антибактериальных и других лекарственных средств или развившихся на фоне использования средств контрацепции и нерациональной интимной гигиены. Кроме того, препарат назначают при подготовке к плановым гинекологическим операциям, родам с целью профилактики осложнений

L. rhamnosus GR-1, *L. reuteri RC-14* и *L. fermentum B-54* — виды, которые наиболее полезны для восстановления биоценоза. Эти штаммы прилипают к вагинальным клеткам и создают прочную биопленку на эпителии влагалища, гемагглютинируют эритроциты и продуцируют биосурфактанты, приводят к поддержанию низкого pH и производству антимикробных веществ, таких как кислоты и перекись водорода.

Регулярный прием пробиотика позволяет быстро нормализовать микрофлору влагалища и снизить риск развития инфекций мочеполовой системы естественным и безопасным путем. Улучшения качества микрофлоры следует ожидать уже через 2 недели, но не позднее чем через 4–6 недель.

послеоперационного и послеродового периодов. При пероральной антибактериальной терапии пробиотик необходимо принимать не менее чем за 3 часа до или после принятия антибиотиков.

Регулярный прием пробиотика позволяет быстро нормализовать микрофлору влагалища и снизить риск развития инфекций мочеполовой системы естественным и безопасным путем. Улучшения качества микрофлоры следует ожидать уже через 2 недели, но не позднее чем через 4–6 недель.

Для сохранения терапевтических свойств лактобактерий важно соблюдать условия хранения препарата: при температуре от 2°C до 8°C (3 года), а после первого вскрытия упаковки — при температуре не выше 25 °C в течение 15 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Еще работами Анукам К. и др. (2006) было показано, что клиническое применение метронидазола (500 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней) в сочетании с пробиотиком (1 капсула, содержащая *L. Rhamnosus / Reuteri*, 2 раза в день в течение 30 дней) обеспечило более высокую эффек-

тивность по сравнению с приемом одного метронидазола (88% против 40% в группе плацебо, $p < 0,001$). Работы McMillan A. с соавт. (2011), выполненные *in vitro*, демонстрируют эффективность этих штаммов, сравнимую с метронидазолом, по отношению к *G. vaginalis* и *A. Vaginae*. Были также получены доказательства того, что пробиотики, содержащие *L. Rhamnosus reuteri*, в сочетании с антимикробными препаратами (метронидазол) могут оказать более выраженный эффект в отношении биопленок.

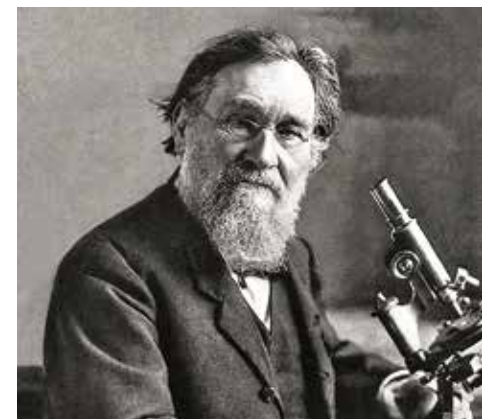
Второй вариант использования пробиотиков для предотвращения рецидивов БВ — их применение после первого этапа лечения антимикробными средствами — продемонстрировал переменные результаты, но с общим выводом в пользу такого подхода.

Среди женщин с промежуточной вагинальной флорой пробиотики, содержащие указанные виды, увеличивали содержание нормальной вагинальной флоры (отношение шансов 2,4; $p=0,1$) и значительно увеличивали число пациенток с нормальным pH влагалища (отношение шансов 3,8; $p=0,02$) (Hummelen R. и др., 2010). В исследовании Cianci A. с соавт. (2008) показано, что у 92%

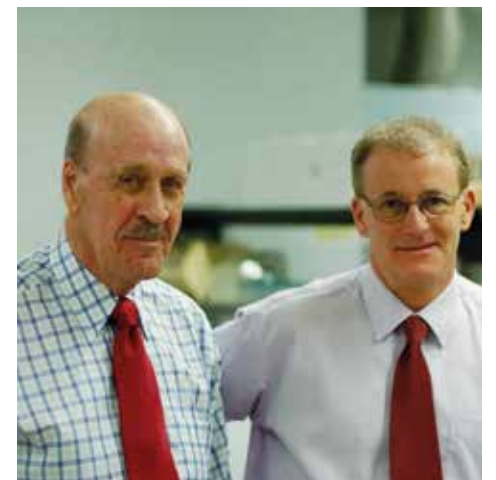
пациентов была полная реколонизация лактобактерий к концу лечения, в исследовании Евсеева А.А. с соавт. (2012) — у 83% в течение 15 дней приема Вагилака и у 91% — в течение 30 дней.

Новиковой С.В. с соавт. (2018) обследовано и пролечено 140 беременных в 36–39 недель гестации с установленным диагнозом БВ и обострением инфекционных экстрагенитальных заболеваний, которые получали антибактериальную терапию и пробиотик Вагилак®, по сравнению с теми, кто его не получал. Пробиотик продемонстрировал способность восстанавливать вагинальную микрофлору, сохраняя равновесие микроорганизмов во влагалище, предупреждать расстройства, связанные с приемом антибиотиков (кандидозный вульвовагинит). При естественном родоразрешении травматические повреждения тканей родового канала чаще встречались у пациенток, не получавших Вагилак®: 10% против 40% соответственно. У новорожденных от матерей, принимавших Вагилак®, не было проявлений тяжелых форм инфекционно-воспалительных заболеваний, тогда как в группе контроля они встречались у 21%.

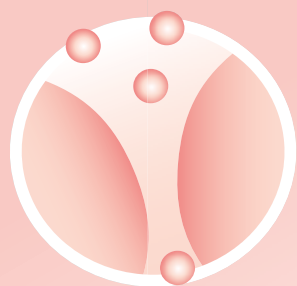
Таким образом, многолетние исследования демонстрируют доказательные данные об эффективности штаммов *L. Rhamnosus/Reuteri*, содержащихся в препарате Вагилак®, в восстановлении микробиоценоза влагалища как при одновременном приеме внутрь с антибактериальными средствами, так и вторым этапом после их применения.



Выдающийся русский биолог Илья Ильич Мечников, изучавший *Lactobacillus bulgarius*, в своей книге «Продление жизни: оптимистические исследования» написал: «Проглатывание микроорганизмов может принести существенную пользу здоровью человека».



Ученые из Канады Грегор Рид (Gregor Reid, справа) и его наставник Эндрю Брюс (Andrew Bruce) первыми предположили, что бактерии могут быть полезны для женского урогенитального тракта.



Вагилак®

Источник пробиотических
лактобактерий для женщин¹



Yag_mod_2/19 РЕКЛАМА

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

www.vagilac.ru

Организация, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС», 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8.
Тел.: (495) 363-39-66, факс: (495) 789-66-31, e-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Осложнения беременности – опасность, которую можно предотвратить

Г.Б. Дикке

Здоровье человека, равно как и его возраст, определяется состоянием его сосудов.
Медицинская аксиома

Развитие осложнений во время беременности при экстрагенитальных заболеваниях, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, антифосфолипидный синдром и др., связывают с дисфункцией эндотелия сосудов и развивающимися на ее фоне нарушениями в системе гемостаза. Считается, что именно дисфункция эндотелия является патогенетической основой структурно-функциональных изменений плаценты, что приводит к развитию плацентарной недостаточности — осложнению, ответственному за высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Как их предотвратить?

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Сорок лет назад R. F. Furchgott и J. V. Zawadzki предположили существование эндотелиального релаксирующего фактора в артериях и регулируемую роль эндотелия в функционировании сосудов.

Эндотелий — слой эпителиальных клеток, выстилающий внутреннюю поверхность всех сосудов (артерий, вен, капилляров), который является аутокринным, паракринным и эндокринным органом с многочисленными регуляторными функциями. Суммарный вес эндотелиальных клеток составляет 1,5–2 кг, что соответствует весу печени, а площадь его поверхности равна площади футбольного поля. Доказано, что дисфункция эндотелия (ДЭ) является универсальным механизмом развития сердечно-сосудистых нарушений.

Функции эндотелия: регуляция тонуса сосудов и микроциркуляции, восстановление сети кровеносных сосудов, регуляция свертывания крови, местные иммунные реакции.

Факторы, повреждающие эндотелий: гипоксия, токсины, иммунные комплексы, медиаторы воспаления, гипергомоцистеинемия, гемодинамическая перегрузка.

Экстрагенитальные заболевания у беременных женщин — маркеры ДЭ:

- гипертоническая болезнь;
- сахарный диабет;
- метаболический синдром;
- тромбофилии;
- антифосфолипидный синдром;
- аутоиммунный гипертиреоз.

Группа риска ДЭ — пациентки с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом:

- возраст 35+;
- курение;

- синдром поликистозных яичников;
- гипергомоцистеинемия;
- гиперандрогения;
- венозная тромбоэмболия;
- привычное невынашивание беременности;
- неудачи ЭКО.

Беременные, страдающие перечисленными заболеваниями, входят в группу риска **гестационных эндотелий-зависимых осложнений, таких как:**

- ранняя потеря беременности;
- гестационная гипертензия;
- преэклампсия;
- тромбозы;
- плацентарная недостаточность;
- гипоксия плода;
- задержка роста плода.

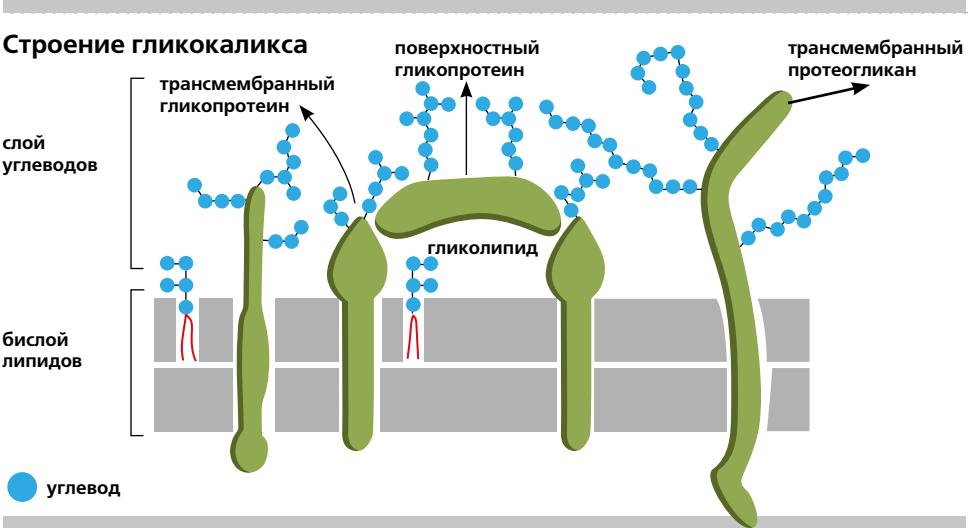
ГЛИКОКАЛИКС ЗАЩИЩАЕТ ЭНДОТЕЛИЙ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Гликокаликс — гелеобразный слой, покрывающий эндотелий и состоящий из гликозаминогликанов (ГАГ) и адсорбируемых белков плазмы (гликопротеинов и гликолипидов). Выступает в роли рецептора механического раздражения и участвует в регулировании тонуса сосудов, проницаемости, свертываемости и активации компонента. Гликокаликс достаточной толщины обеспечивает физиологические функции сосудов. Напротив, действие факторов, повреждающих его, приводит к их нарушению.

КАК РЕАГИРОВАТЬ НА ОБНАРУЖЕНИЕ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ?

ДЭ предшествует развитию клинических проявлений осложнений гестации, поэтому оценка функций эндотелия имеет большое диагностическое и прогностическое значение.

Лечение любого соматического заболевания, ассоциированного с ДЭ,



не может считаться успешно решенной задачей без коррекции функции эндотелия.

К патогенетическим методам лечения ДЭ можно отнести применение лекарственного средства Сулодексид, созданного на основе ГАГ. Он способствует восстановлению гликокаликса, контролирует ферменты, расщепляющие гликокаликс, оказывает противовоспалительное и антиапоптозное действие, препятствует старению эндотелиальных клеток.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУЛОДЕКСИДА У БЕРЕМЕННЫХ ИЗ ГРУПП РИСКА

Сравнительные исследования показали, что наиболее выраженным действием на эндотелий обладает гепариноид Сулодексид (Вессел® Дуэ Ф), который содержит смесь ГАГ: 80 % быстро движущегося гепарина и 20 % дерматансульфата. Первый обладает высокой аффинностью к антитромбину III, второй — к кофактору гепарина II.

Состав препарата и высокая абсорбция при пероральном приеме обуславливают его значительное отличие от низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

При отсутствии выраженного антикоагулянтного эффекта антиромботическое и ангиопротекторное действие Сулодексида реализуется через восстановление функции гликокаликса и эндотелия.

Механизм действия Сулодексида объясняется высокой тропностью к эндотелию сосудов (90 % препарата абсорбируется именно на его поверхности).

Показанием к применению являются ангиопатии с повышенным риском тромбообразования, что отражено в инструкции по его применению.

Так, при ранних выкидышах Айени Д. О. установлена ДЭ, характеризую-

щаяся снижением уровней оксида азота (NO) в 2 раза, Е-селектина — в 1,5 раза и увеличением эндотелина-1 в 5 раз, что, по мнению авторов, требует проведения прегравидарной подготовки.

На догестационном этапе и у беременных с клиническими маркерами ДЭ для профилактики осложнений гестации, включая преэклампсию, рекомендуется назначение Сулодексида по 250 ЛЕ 2–3 раза в день в течение 3–4 недель несколькими курсами, что было обосновано в работах Е. В. Мозговой и других исследователей.

В комплексной терапии преэклампсии также рекомендуется применять Сулодексид, при этом длительность терапии определяется в зависимости от динамики клинических проявлений.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Н. В. Башмакова с соавт. провели лечение 671 пациентки с высоким риском гестационных осложнений. В одной из групп применялся Сулодексид, начиная с прегравидарного этапа или при беременности (по мере обращения). Авторы отмечают, что результаты группы Сулодексида были лучше в профилактике преэклампсии, плацентарной недостаточности и задержки развития плода. То есть, как считают авторы, лечение Сулодексида является наиболее предпочтительным, так как эффективнее снижает частоту тяжелых осложнений.

При выявлении ДЭ у беременных с хронической АГ, СД I типа, гестационным СД и эпилепсией Э. М. Джобавой с соавт. проведено исследование Сулодексида на фоне индивидуальной терапии основного заболевания. Частота декомпенсации ПН, ЗРП, преждевременных родов, а также состояний плода средней тяжести при рождении была ниже при использовании Сулодексида. Не было ни одного

Биохимические маркеры дисфункции эндотелия

Маркер	Функция	Клиническое значение
Оксид азота	Регуляция сосудистого тонуса	Вазодилататор
Эндотелин-1		Вазоконстриктор
Фактор Виллебранда	Носитель-стабилизатор для прокоагулянтного протеина	Маркер нарушения тромборезистентности эндотелия
Свободные эндотелиоциты	Защитная	Индикатор повреждения эндотелия

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ



Восстанавливает функциональную целостность эндотелия

Не обладает антикоагулянтным эффектом при пероральном применении¹

Позволяет снизить частоту развития гестационных осложнений, связанных с эндотелиальной дисфункцией²⁻⁴

Рег. номер П N012490/01
Для получения подробной информации ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата ВЕССЕЛ ДУЭ Ф. Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Вессел Дуэ Ф, рег. номер П N012490/01. 2. Федоренко А.В., Дикое Г.Б. Плацентарная недостаточность у беременных с гестационной артериальной гипертензией и патогенетический подход к ее профилактике. Фарматека. 2015. 3. Dola L.L., Henry N.I. Optimization of management tactics of women with fetal loss syndrome against the background of Thrombophilia. The Pharma Innovation Journal. 2017; 6(2): 172-173. 4. Молочая Е.В., Пенерина Л.В. Эффективность сулодексид в комплексной профилактике гестоза у беременных с сахарным диабетом типа 1. Фарматека. 2006; 3: 128-133.

ALFASIGMA
Фармацевтика как искусство

ООО «Альфасигма Рус», 125009, Москва, ул. Тверская, д. 22/2, корпус 1, 4 этаж, пом. VII, комн. 1.
Тел./факс: (495) 225-36-26, www.alfasigma.com.ru

РЕКЛАМА

случая тяжелых форм преэклампсии или перинатальных потерь.

Изучение И. С. Савельевой метаболического синдрома (МС) у женщин с ожирением свидетельствует о неблагоприятном течении беременности и родов в 70 % наблюдений. На догестационном этапе и на сроках 20–22 и 32–34 нед. беременности автор рекомендует пациенткам с МС проводить курс профилактической терапии пре-

эклампсии и ПН с использованием ангиопротекторов (Сулодексид), что позволяет снизить частоту преэклампсии в 1,4 раза, ПН — в 2 раза и полностью исключить преждевременные роды.

Таким образом, рациональная и своевременная ангиопротективная терапия среди женщин с высоким риском акушерских осложнений может существенно улучшить исходы беременности для матери и новорожденного.

Достижения медицины

МНОГОЦЕЛЕВЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ. НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Многоцелевые профилактические технологии (МПТ) подразумевают предотвращение с помощью одного средства по меньшей мере двух — сексуальных и репродуктивных — рисков для здоровья: нежелательной беременности и ВИЧ, равно как и других ИППП, включая ВПЧ, гонорею и хламидиоз.

Большинство способов контроля рождаемости, исключая презервативы, на сегодняшний день не защищают от ИППП и ВИЧ. МПТ позволяют устранить эти недостатки и выстроить долгосрочную (на несколько лет) стратегию защиты, основанную на данных исследований по применению контрацептивов и профилактике ВИЧ/ИППП, а также на результатах разработки новых методик с большей эффективностью.

Перспективные исследования МПТ главным образом нацелены на разработку следующих инноваций:

- защитные гели, предотвращающие проникновение инфекционных агентов и сперматозоидов;
- диафрагма в сочетании с защитным гелем;
- более легкие и удобные в использовании вагинальные кольца с антимикробным/антивирусным действием;
- инъекции для контрацепции и профилактики инфекций.

В настоящее время существует единственное средство — презерватив, который, несмотря на свою многолетнюю историю, служит важнейшим современным инструментом контрацепции и формой МПТ, не только предохраняя от зачатия, но и защищая от многих ИППП, включая ВИЧ. Именно он является наиболее популярным решением подобного рода во всем мире. Контрацепционная эффективность презерватива при правильном использовании достаточно высока (индекс Перля — 2). Степень защиты от ИППП также впечатляющая, хотя, безусловно, не достигает абсолютного показателя в 100 %. S. Weller и K. Davis (База данных Cochrane, 2002) оценили заболеваемость ВИЧ на уровне относительного риска в 1,1 (95 % ДИ: 0,56–2,04) на 100 человеко-лет среди

обследуемых, использовавших презервативы «всегда» (без указаний на правильность применения), что соответствует общей эффективности (пропорциональному снижению ВИЧ-сероконверсии) около 80 %. В исследовании W. Lee et al. (2002) в группе участников, которые пользовались презервативами постоянно и без погрешностей, не зарегистрировано ни одного случая заболевания гонореей или хламидиозом. Нерегулярное же (не при каждом половом контакте) применение презерватива имело следствием развитие инфекции у 17,7 % исследуемых; среди не пользовавшихся презервативом этот показатель составил 22,9 %.

R. L. Winer, J. P. Hughes et al. (2006) сообщили, что инфицирование женщин ВПЧ на фоне постоянного использования их партнерами презервативов происходило в 37,8 % случаев, а при полном отказе от них — в 89,3 %.

Сказанное не оставляет сомнений в том, что защитные свойства презерватива напрямую зависят от правильности его использования потребителем. При этом частота ошибок довольно велика, как, впрочем, и их цена. Поэтому в ходе консультирования пациентов любых гендерных характеристик необходимо предоставлять соответствующую информацию по обращению с этим средством.

Альтернативой мужскому презервативу является женский аналог — фемидом (от англ. female + condom), который существует с 1990 года. Относительно недавно стали производиться и его латексные модификации. Это единственное средство контрацепции для женщин, одновременно защищающее от ИППП, в том числе от ВИЧ-инфекции.

В целом при сравнительном исследовании участники обоих полов выразили большую удовлетворенность традиционным мужским вариантом. В то же время при отказе мужчины воспользоваться презервативом женщина, защищенная разработанным для нее приспособлением, получает возможность контролировать ситуацию — ее права на безопасный секс и сохранение репродуктивной функции реализуются гораздо более эффективно (Kulczycki A. et al., 2004).



Гулрухсор Хайбуллоева
ТОЛИБОВА
Д.м.н., ведущий научный сотрудник, заведующая лабораторией иммуногистохимии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, С.-Петербург

Рецептивность эндометрия при гормонально-зависимых и воспалительных заболеваниях органов малого таза

Структура гинекологической патологии на протяжении многих лет не претерпела изменений: традиционно тройку лидеров составляют воспалительные заболевания органов малого таза, наружный генитальный эндометриоз и миома матки. Установлено, что независимо от этиопатогенетических механизмов воспалительных, пролиферативных и гиперпластических заболеваний в органах малого таза эндометрий является мишенью, на которую оказывают влияние различные факторы, приводящие к эндометриальной дисфункции, характеризующейся нарушением рецептивности эндометрия.

Известно, что патогенетические механизмы развития заболеваний, способствующих формированию бесплодия (миома матки, эндометриоз, аденомиоз), реализуются через общие или сочетанные пути, связанные с гормональным дисбалансом, воспалительными изменениями, нарушением секреторной трансформации эндометрия и сосудистыми расстройствами.

В последние годы были получены сведения о влиянии макрофагов и широкого спектра медиаторов не только на эктопическую эндометриоидноподобную ткань, но и на эутопический эндометрий у больных наружным генитальным эндометриозом (НГЭ). Так, снижение и изменение фагоцитарной функциональной активности макрофагов ведет к возможности инвазии клеток базального слоя эндометрия в брюшной полости, а отдельные регуляторные факторы предотвращают миграцию макрофагов в эндометрий, поддерживая воспалительный процесс в ткани.

Цитокины — пептидные гормоноподобные информационные молекулы активированных клеток иммунной системы, обеспечивающие межклеточные взаимодействия.

«Окно имплантации» — период установления активных взаимодействий эмбриона и эндометрия, приводящих к имплантации бластоцисты; наблюдается на 6–8-й день после пика ЛГ (20–22-й день м.ц.).

Повышенные уровни ангиогенных факторов, ферментов ароматазы, молекул адгезии, **синтез провоспалительных цитокинов приводят к формированию эндометриальной дисфункции.**

Изменение иммунного статуса в эутопическом эндометрии ведет к хроническому эндометриту (ХЭ), частота которого составляет 40–50% и не зависит от стадии заболевания. В результате наблюдаются структурные нарушения в эндометрии с аномальной экспрессией генов, неадекватный ответ эндометрия на гормоны, иммуносупрессия, изменение иннервации, кровообращения и окислительный стресс. В ответ происходит изменение имплантационной восприимчивости эутопического эндометрия в период «окна имплантации».

Таким образом, НГЭ, являясь хроническим эстроген-зависимым, прогестерон-резистентным заболеванием, независимо от степени распространенности приводит к эндометриальной дисфункции и нарушению рецептивности эндометрия.

Исследования эндометрия у больных миомой матки в период «окна имплантации» выявляют не только гиперпластические процессы, но и изменения активности биологических компонентов, ответственных за имплантацию на субклеточном и молекулярном уровнях. Имеются данные о том, что миома матки посредством выброса в окружающие ткани различных факторов роста приводит к нарушению рецептивности эндометрия и неполноценности его секреторной трансформации, что и является причиной бесплодия или репродуктивных потерь.

Особенностью состояния эндометрия у пациенток с субмукозными и интрамуральными узлами является активация патологического неоангиогенеза в результате ишемических или гипоксических изменений. При этом состояние миометрия и эндометрия вне зависимости от деформации полости матки характеризуется хроническим воспалительным процессом.

У обследованных нами пациенток (n = 473) с бесплодием (длительностью 4–6 лет у 73% из них) независимо от нозологии (ВЗОМТ, НГЭ, миома матки) и паритета обнаружена высокая

частота хронического эндометрита (72–89%). Ретроспективная оценка репродуктивной функции показала, что в I группе (n = 190) при бесплодии, ассоциированном с ВЗОМТ, частота наступления беременности была 40% в течение одного года после лечения, проведенного традиционными методами. Во II группе (n = 148) у пациенток с бесплодием и НГЭ — 56% и в III (n = 135) с бесплодием и миомой матки лишь — 30%.

Вероятно, столь низкий показатель наступления беременности у пациенток с миомой матки связан с отсутствием патогенетически обоснованной терапии.

Таким образом, результаты исследования показали значимое влияние ВЗОМТ, НГЭ и миомы матки на морфофункциональное состояние эндометрия вне зависимости от паритета, что требует адекватного подхода к восстановлению структурно-функциональных свойств эндометрия у данной когорты больных на основе патогенетической терапии в период прегравидарной подготовки в естественных циклах или перед выполнением вспомогательных репродуктивных технологий.

Рецептивность эндометрия — комплекс структурно-функциональных характеристик эндометрия с четкими временными и пространственными константами, определяющий способность эндометрия к имплантации яйцеклетки.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ ДО И ПОСЛЕ ЭКЗОГЕННОЙ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ

Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровкова, В.С. Скальная, Т.К. Ильязов, О.В. Рассохина, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения г. Москвы

ЦЕЛЬ. Выявление клинико-иммунологических параллелей у пациенток с бесплодием и хроническим эндометритом до и после проведения экzogенной цитокинотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проспективное исследование 58 пациенток с хроническим эндометритом (основная группа, n = 43) и здоровых женщин (группа сравнения, n = 15). Материал эндометрия получен путем аспирационной биопсии на 20–24-й день цикла. Иммуногистохимическим методом оценено количество пиноподий, стероидных рецепторов, вирусных включений, маркеров хронического воспаления (CD 138, CD 20, CD 8, CD 4, CD 56, HLA-DRII). Реакцией обратной транскрипции и полимеразной цепной реакцией (ПЦР) в режиме реального времени изучена экспрессия генов рецепторов TLR 4, TLR 2, HBD 1, TNFα, методом иммуноферментного анализа определена концентрация HNP1–3. Проведен 20-дневный курс цитокинотерапии препаратом Суперлимф 25 ЕД. После окончания терапии повторно выполнена аспирационная биопсия эндометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 20 дней качественная детекция CD 138 в виде мембранного окрашивания выявлялась в 39,5% образцов. Частота положительного окрашивания на CD 20 снижалась в 1,4 раза, уровни CD 8- и NK-клеток не менялись, увеличилось количество CD 4 (в 1,7 раза) и HLA-DRII (в 1,5 раза), число пиноподий возросло в 1,27 раза, экспрессия рецепторов к эстрогенам в эпителии и строме увеличилась в 1,3 и 3,2 раза, к прогестерону — в 3 и 2,7 раза, в 2,18 раза уменьшилась детекция вируса Эпштейна-Барр, в 1,3 раза снизилась экспрессия гена рецептора TLR 2, возросла экспрессия гена рецептора TLR 4 (в 1,5 раза), TNFα (в 1,2 раза), HBD 1 (в 2,1 раза) и HNP1–3 (в 1,6 раза). Спонтанная беременность наступила у 19 (44,2%) пациенток в течение от 1 до 6 месяцев после окончания терапии. Выявлена обратная корреляция между повышением экспрессии генов факторов врожденного иммунитета и снижением детекции маркеров хронического

Суперлимф® содержит в необходимой концентрации ИЛ-1 и фактор торможения миграции макрофагов МИФ, ИЛ-6 и ФНО-α, TGF-β и ряд минорных примесей цитокинов, хемокинов и антимикробных пептидов.

эндометрита (CD 138, CD 20) и внутриклеточных включений вируса Эпштейна-Барр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Представленные результаты позволяют предположить, что экzogенная цитокинотерапия может быть эффективной у пациенток с хроническим вирусным эндометритом.

Ссылка: Акушерство и гинекология. 2019; 12: 154–160

Таблица. Цитокины и их функции

Регулируемые функции клеток-мишеней	Цитокины
1. Цитокины, регулирующие воспаление: а) провоспалительные б) противовоспалительные	ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6, многие хемокины ИЛ-10, ТФР, антагонист рецептора для ИЛ-1 –IL-1Ra
2. Цитокины, ингибирующие репликацию вирусов	ИНФ-α, ИНФ-β
3. Цитокины, активирующие клетки лимфоидного ряда: а) В-клетки б) Т-клетки	ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-21 ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-12, ИНФ-γ
4. Цитокины, активирующие клетки миелоидного ряда: а) макрофаги б) эозинофилы и/или тучные клетки	ИНФ- ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13

О расширении доступа к контрацепции и безопасному аборту

Несмотря на современные возможности планирования семьи, тема абортов продолжает быть актуальной. С чем это связано и как решается проблема нежелательных беременностей в разных странах? Об этом говорилось на XIII конференции Международной федерации профессионалов в области абортов и контрацепции (14–15 сентября 2018 г., Нант, Франция).

Целевая группа по абортам RCOG
ПАТРИЦИЯ ЛОР (Великобритания)

До принятия закона об абортах 1967 года небезопасный аборт являлся основной причиной материнской смертности в Великобритании (14 %). В настоящее время услуги по легальному прерыванию беременности доступны, однако в последние годы они предоставляются преимущественно в частных клиниках, что привело к сокращению обладающих необходимыми навыками врачей в государственных медицинских учреждениях по всей стране. На медиков также оказывает влияние негативное отношение к абортам в обществе. Чтобы помочь преодолеть эти проблемы, RCOG создала целевую группу по абортам, которая взаимодействует с политиками для разработки общесистемных решений, обеспечивающих женщинам доступ к безопасной и высококачественной помощи.

Комментарий главного редактора.

В России в учреждениях Минздрава РФ выполняется порядка 90 % зарегистрированных абортов. На негосударственный сектор приходится в среднем по стране 8–9 %, однако этот показатель колеблется по регионам от нуля до 1/3 (Б. Денисов с соавт: <http://www.demoscope.ru/>).

Законодательство в отношении абортов в Северной Ирландии
ФИОНА БЛУМЕР (Ирландия)

Из-за действующего в Северной Ирландии жесткого ограничительного законодательства в отношении абортов всего 16 таких операций в 2017 году были проведены в медицинских центрах страны (по медицинским показаниям — Прим. ред.). При этом 919 абортов были сделаны жительницами Северной Ирландии в клиниках соседней Англии, остальные выполнялись на дому, будучи по сути криминальными. В результате расследования CEDAW было установлено, что существующая государственная политика ведет к нарушениям прав человека*.

* 22 октября 2019 г. после проведенного референдума на территории Северной Ирландии вступил в силу закон о легализации абортов.

Комментарий главного редактора.

В нашей стране самыми существенными мерами, непосредственно затрагивающими доступность искусственного аборта, стали сокращение социальных и медицинских показаний для прерывания беременности и введение «недели тишины». Самая серьезная мера, способная ограничить доступность аборта, пока не получила поддержки ни в правительстве, ни среди большинства депутатов — речь идет о выводе абортов из системы ОМС (В. И. Сакевич с соавт., 2016).

Updates для медикаментозного прерывания беременности — новые режимы использования мифепристона/мизопростола
НАТАЛИ КАПП (Швейцария)

Схема индуцированного медикаментозного аборта в сроках

Препарат	Доза	Путь введения	Кратность введения
До 12 недель беременности			
Мифепристон	200 мг	Орально	Однократно
Через 1–2 дня (минимум — через 24 часа):			
Мизопростол	800 мкг	Вагинально, буккально или под язык	Однократно
Более 12 недель беременности			
Мифепристон	200 мг	Орально	Однократно
Через 1–2 дня (минимум — через 24 часа):			
Мизопростол	400 мкг	Вагинально, буккально или под язык	Каждые 3 часа до прерывания беременности

Парадокс контрацепции
КРИСТИАН ФИАЛА (Австрия)

Во многих странах с хорошим доступом к противозачаточным средствам уровень абортов в последние годы снизился. В то же время в некоторых из них (Великобритания, Франция, Швеция и др.) показатели остаются стабильными или даже увеличиваются, что связано с сокращением числа пользователей гормональной контрацепции (например, в Австрии оно сократилось за период 2012–2018 гг. с 60 до 43 %). Это особенно удивительно, поскольку достигнуто существенное улучшение в гормональной контрацепции, а именно — доступность обратимых методов длительного действия (LARC). Данный парадокс необходимо проанализировать, если мы хотим сократить количество нежелательных беременностей.

Комментарий главного редактора.

В России, по данным МЗ РФ (2018), число пользующихся гормональной контрацепцией за период 2005–2017 гг. увеличилось с 94,0 до 129,0 на 1000 женщин фертильного возраста (на 37,2 %), ВМС — снизилось с 136,8 до 99,6 (на 27,2 %).

Контрацептивный континуум
КРИСТИНА ГЕМЗЕЛЬ-ДАНИЕЛСОН (Швеция)

Модуляторы рецепторов прогестерона (МРП) могут применяться для плановой (один раз в неделю или один раз в месяц), экстренной, «поздней» экстренной контрацепции (менструальной индукции), для медикаментозного аборта в I и II триместрах. Среди неконтрацептивных преимуществ этих препаратов — возможная защита от рака молочной железы, профилактика лейомиом матки и эндометриоза. Таким образом, МРП, такие как мифепристон, могут обеспечивать «контрацептивный континуум» с дополнительной пользой для здоровья.

Комментарий главного редактора.

В России зарегистрировано несколько брендов мифепристона, в том числе для экстренной контрацепции (10 мг), лечения гормонально-зависимых заболеваний (50 мг) и прерывания беременности (200 мг на сроках до 42 дней аменореи) (Госреестр лекарственных средств, 2019: <https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>). Клиническими рекомендациями Минздрава РФ определена возможность прерывания беременности в ранние сроки — до 63 дней аменореи (2015) и в поздние сроки по медицинским показаниям (2018).

Комментарий
главного редактора.

Новые схемы применения мифепристона и мизопростола опубликованы в изданиях «Всемирная организация здравоохранения. Ведение медикаментозного аборта» (2018) и «NAF. Клинические рекомендации по уходу при аборте» (2018). Пришло время для обновления национального документа «Медикаментозное прерывание беременности в первом триместре: клинические рекомендации (протокол лечения)» (2015).

Помощь женщинам, пережившим насилие

В декабре прошлого года по случаю Дня всеобщего охвата медико-санитарной помощью ВОЗ запустила программу обучения медицинских работников по оказанию помощи женщинам — жертвам насилия.

Насилие — это «любой акт..., который вызывает или может вызвать физическую, сексуальную или психологическую травму или причинить страдания, включая угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы... в общественной или личной жизни».

Организацией разработаны и опубликованы необходимые документы, в том числе подробные инструкции, упражнения для групповой и индивидуальной работы. Методика уже начинает давать позитивные результаты (например, в Индии). Ожидается, что к концу нынешнего года будут выпущены дополнительные материалы по этому направлению.

Узнайте больше и получите доступ к учебной программе:
www.who.int/reproductivehealth/training-health-care-providers-help-women-survivors-of-violence/en/

Факты и цифры



В 3 раза чаще

российские женщины страдают от семейного насилия по сравнению с агрессивными действиями со стороны незнакомых людей.

60–70 %

российских женщин, в отношении которых имели/имеют место насильственные действия, не обращаются за помощью.

36 000 россиянок

подвергаются регулярному физическому насилию в семье.

Женщины, подвергающиеся насилию, имеют высокий риск получения телесных повреждений, незапланированной беременности, заражения ИППП, нарушения сексуального влечения, развития синдрома хронической тазовой боли.

Кольпоскопия. Атлас

Бибнева Т. Н., Петренко С. И.
Под ред. Радзинского В. Е.
ISBN: 5604269468



Атлас посвящен одному из ведущих способов диагностики заболеваний шейки матки — кольпоскопии. Представлены классификации этой группы болезней, показания и техника

выполнения кольпоскопического исследования, а также кольпофотограммы и их подробное описание с учетом международной номенклатуры.

Практическое акушерство. Руководство для врачей

Дуденхаузен Йохим В.
Пер. с англ.
ISBN: 978-5-9986-0393-8



Эта книга всемирно известного акушера Йохима Дуденхаузена выдержала более 20 изданий на разных языках и содержит наиболее полную и точную справочную информацию о последних достижениях современного акушерства.

Руководство сочетает в себе проверенные научные данные с уникальными практическими советами. На сегодняшний день это незаменимое прикладное пособие как для практикующих врачей, так и для студентов медицинских вузов. Книга впервые издается на русском языке.

Тонкий эндометрий. Лечение бесплодия у женщин с гипоплазией эндометрия

Краснопольская К. В., Ершова И. Ю., Федоров А. А.
ISBN: 978-5-9704-4829-8,
978-5-9704-5516-6



В книге рассмотрена актуальная проблема современной репродуктивной медицины — лечение бесплодия у пациенток с гипоплазией слизистой оболочки матки, проявляющейся

в виде феномена тонкого эндометрия. Даны практические советы по лечению бесплодия у больных с выраженной гипоплазией эндометрия с использованием инновационной технологии эндометриального скретчинга.

Гинекология. Фармакотерапия без ошибок

Сухих Г. Т., Серов В. Н., Прилепская В. Н., Баранов И. И.
ISBN: 978-5-906023-23-0



В издание включены наиболее рациональные схемы медикаментозного лечения, рекомендованные профессиональными обществами и группами экспертов. Схемы лечения сочетаются

с описанием препаратов, самых распространенных ошибок и способов их предотвращения и коррекции.



кино

Выбор главного редактора Г. Б. Дикке



книга

Выбор Т. Н. Бибневой

«Меня зовут Кхан...»

Индия, США, ОАЭ, 2010 г.
Режиссер: Каран Джохар
Жанр: драма

Главный герой — Ризван Кхан, мусульманин из Индии — переезжает в Сан-Франциско и живет там со своим братом и невесткой. Ризван, страдающий от синдрома Аспергера (одна из форм аутизма), встречает свою любовь. Несмотря на протесты его родных, молодые женятся и живут счастливо до трагедии 11 сентября 2001 года, когда отношение к мусульманам в стране резко меняется...

Основная тема, пронизывающая фильм от начала до конца, — толерантность. Принятие людей с особенностями развития. Людей с другим вероисповеданием. Людей другого цвета кожи. История нестандартная, но часто встречающаяся в реальной жизни.



Арчибальд Кронин «Цитадель»

1937 г.

«Цитадель» — возможно, самая известная книга Кронина, замечательный злободневный роман-притча о жизненном пути человека от его становления и развития до разложения и упадка личности под гнетом суровой реальности... Это история врача каменноугольной компании, который стоит перед нравственной дилеммой, пытаясь привлечь богатую клиентуру и одновременно остаться в мире со своей совестью. Он инициирует создание в Великобритании Национальной службы здравоохранения, во всеуслышание заявляя о проблемах медицинской практики того времени.

