



Тема номера

Послеродовой период

Вынашивание беременности при манифестации сахарного диабета

с. 3

Внимание! Пропалс после родов

с. 4

Неврологические заболевания в послеродовом периоде

с. 6

Анемия после родов. Поиски консенсуса

с. 8

ОТ РЕДАКТОРА



Галина Борисовна ДИККЕ

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

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн родов, и большинство из них протекают без каких-либо рисков для матери и ребенка. Казалось бы, роды закончились — и все опасности позади. Однако помимо радости и волнения этот «четвертый триместр» может представлять значительные проблемы для молодой матери, включая недостаток сна, усталость, боль, трудности с грудным вскармливанием, стресс, начало или обострение психических расстройств, отсутствие полового влечения и недержание мочи.

Кроме того, послеродовой период может таить в себе и серьезные осложнения. Самые распространенные из них включают послеродовое кровотечение, послеродовой эндометрит, инфекции мочеполовых путей, мастит, пролапс тазовых органов, послеродовую депрессию. Их профилактика (а в случае возникновения — лечение) является неотъемлемой частью послеродового ухода.

Нельзя забывать и о контрацепции, ведь последующие акушерские исходы улучшаются при задержке во времени зачатия как минимум на 6, но предпочтительно — на 18 месяцев после родов. Для женщины, у которой случился выкидыш, мертворождение или неонатальная смерть, важно выполнить обследование и обеспечить наблюдение акушера-гинеколога.

Сегодня специалисты утверждают, что несколько недель после родов являются критическим периодом для матери и ребенка, когда закладывается основа здоровья и благополучия в долгосрочной перспективе. Чтобы оптимизировать здоровье женщин и младенцев, послеродовой уход должен быть не разовым мероприятием, а непрерывным процессом.

ИНТЕРВЬЮ

Послеродовое кровотечение. Трагедия предотвратима!

Не так давно в Американском журнале перинатологии были опубликованы результаты исследования, выполненного специалистами Университета Южной Флориды и госпиталя в Тампе. Проанализировав истории почти 10 тыс. родов, ученые пришли к выводу, что пациентки, страдающие ожирением, больше подвержены риску послеродового кровотечения. Однако в этиопатогенезе послеродового кровотечения избыточная масса тела — лишь один из «агентов влияния». О том, что могут сделать современные акушеры-гинекологи в подобных критических ситуациях, мы побеседовали с главным акушером-гинекологом Департамента здравоохранения Тюменской области, главным врачом Тюменского областного перинатального центра, д.м.н. Ириной Ивановной КУКАРСКОЙ.

— Ирина Ивановна, по данным ВОЗ, ежедневно в мире в среднем 830 женщин умирают от предотвратимых причин, ассоциированных с беременностью и родами. При этом материнская смертность от кровотечений по-прежнему лидирует в общем списке причин гибели женщин. В силах ли мы переломить этот тренд?

— Сегодня наша страна, к сожалению, вновь оказалась в ситуации, которую мы ранее, казалось, уже преодолели, — депопуляции. Сейчас еще актуальнее стал тезис: каждая желанная беременность — на вес золота. Именно поэтому самое пристальное внимание уделяется вопросам предотвращения осложнений гестации и, конечно, материнской смертности. Акушерские кровотечения не только признаны одной из ведущих причин



Д.м.н. Ирина Ивановна КУКАРСКАЯ

гибели женщин — также известно, что они существенно осложняют прогноз для пациенток категории near miss. В то же время кровотечения относят к числу управляемых причин смертности, что существенно повышает значимость мастерства врачей и качества оказываемой акушерской помощи.

— Как показывают исследования, на ранние послеродовые кровотечения, возникающие в первые 24 часа, приходится примерно четверть всех случаев материнской смертности во всем мире. Вероятно, имеют значение особенности свертывающей системы крови, формирующиеся в период гестации?

— Действительно, во время беременности в организме женщины происходит немало изменений, в том числе наблюдаются прогрессивное снижение фибринолитической активности и усиление коагуляции крови. Такие сдвиги имеют под собой основания, поскольку выступают в роли важных механизмов адаптации к предстоящим родам, в частности, это снижение объема физиологической кровопотери

Продолжение на с. 2 ▶

НОВОСТИ

Первая вакцина против рака молочной железы готова к испытаниям на людях

В клинике Исследовательского института Лернера в Кливленде (штат Огайо, США) вскоре начнут испытания первой вакцины для предупреждения рака молочной железы.

Вакцина нацелена на молочный белок α -лактальбумин, который вырабатывается в период лактации, а также присутствует в большинстве случаев трижды негативного рака молочной железы (в тканях здоровых не кормящих женщин его нет). Активация иммунной системы против этого белка обеспечивает упреждающую защиту от возникновения опухолей, которые экспрессируют α -лактальбумин. Вакцина также содер-

жит адъювант, активирующий врожденный иммунный ответ на возникающие опухоли, предотвращая их рост.

«Долгосрочная цель нашего исследования — определить, может ли вакцина предотвратить рак груди до того, как он возникнет, особенно более агрессивные его формы», — сказал Винсент Туохи, главный изобретатель вакцины и штатный иммунолог Исследовательского института Лернера. В случае успеха вакцинация может изменить методы борьбы с этим видом рака и увеличить продолжительность жизни.

Источник: newsroom.clevelandclinic.org

Послеродовое кровотечение. Трагедия предотвратима!

◀ Продолжение, начало на с. 1

в родах. К сроку завершения гестации концентрации фибриногена, протромбина, проконвертина, фактора VIII, фактора Хагемана возрастают примерно вдвое. В то же время происходит снижение уровня антитромбина III и протеина С. Вопросом профилактики послеродовых кровотечений следует задаться как минимум к окончанию III триместра, когда мы уже можем наблюдать повышение протромбинового времени, косвенно свидетельствующее об активации внешнего пути свертывания крови. Без реализации этой физиологически обоснованной программы практически невозможно обеспечить ни формирование фетоплацентарного комплекса, ни ограничение кровопотери в предстоящих родах, в частности максимально быструю остановку кровотечения после отделения плаценты.

— **Послеродовое кровотечение — состояние острое, практически не имеющее «сигнальных маячков», на которые мог бы реагировать акушер еще до возникновения критической ситуации. Тем не менее факторы, составляющие быть настороже, верифицированы.**

— Верно. Практикующим врачам хорошо известны наиболее распространенные причины акушерских кровотечений: гипотония или атония матки, задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки, травма родовых путей, разрыв матки и довольно широкий спектр нарушений свертывающей системы крови. Особой бдительности со стороны врачей требуют пациентки, у которых выявлены факторы риска кровотечения. В первую очередь — имеющие отягощенный геморрагический

анамнез, ранее зафиксированные послеродовые кровотечения, болезни крови, сопровождающиеся дисбалансом системы гемостаза, миому матки, предлежание плаценты, многоплодие, роды крупным плодом, многоводие, свыше 3 родов в анамнезе, ожирение, возраст более 40 лет. Однако на практике у многих пациенток с кровотечением указанных факторов риска выявлено не было. Именно поэтому все клинические рекомендации, отечественные и зарубежные, сходятся во мнении о необходимости выполнения профилактических мер всем женщинам в послеродовом периоде.

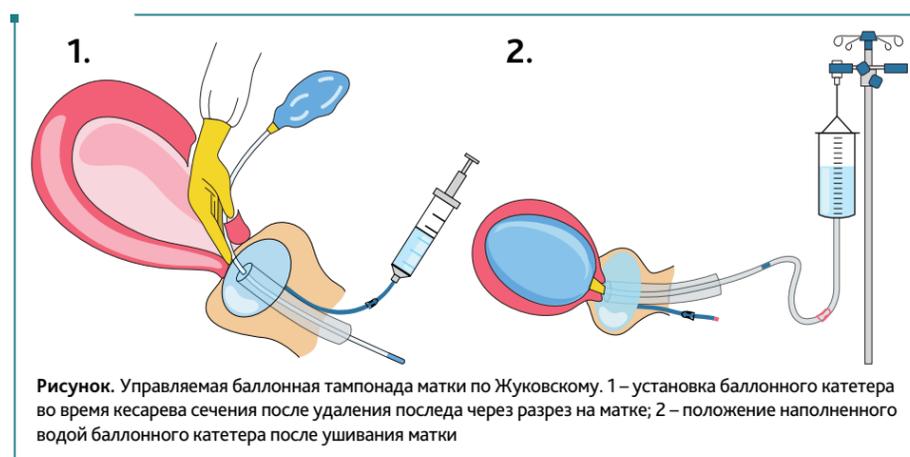


Рисунок. Управляемая баллонная тампонада матки по Жуковскому. 1 – установка баллонного катетера во время кесарева сечения после удаления последа через разрез на матке; 2 – положение наполненного водой баллонного катетера после ушивания матки

— **В марте этого года Международная федерация акушерства и гинекологии (FIGO) обновила рекомендации по ведению женщин с послеродовыми кровотечениями. Расскажите об этом, пожалуйста.**

— Предыдущий вариант этих рекомендаций был датирован 2012 годом. За 10 лет медицинская наука шагнула далеко вперед, а в ситуации, когда документы, на которые опираются в работе врачи, должны обновляться не реже чем раз в три года, столь важный гайдлайн просто нельзя было обойти вниманием. В качестве основных тезисов я бы выделила рекомендацию в целях профилактики кровотечения

всем пациенткам в третьем периоде родов назначать препараты, усиливающие сократительную активность матки. Эксперты отдают предпочтение окситоцину (10 МЕ в/в или в/м), причем как для родов *per vias naturales*, так и при кесаревом сечении (КС). Показаны также и другие утеротоники, в частности инъекционные эргометрин и метилэргометрин или пероральные мизопростол и карбетоцин. Важно отметить, что комбинация окситоцина с одним из вышеуказанных инъекционных средств может дать лучший результат, чем монотерапия окситоцином в клинической ситуации кровотечения свыше 500 мл.

Решение должно быть индивидуальным, поскольку такая терапия сопряжена с высокой вероятностью побочных эффектов.

Послеродовое кровотечение — показание к использованию транексамовой кислоты и массажа матки. Эти же постулаты есть и в отечественных клинических рекомендациях. Гемостатический эффект транексамовой кислоты обеспечен ее способностью ингибировать активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин). В 2018 году был опубликован Кохрейновский обзор, включивший анализ истории родов

20 172 женщин. На столь впечатляющей выборке было подтверждено, что применение транексамовой кислоты существенно снижает риск материнской смертности в результате послеродового кровотечения, причем наиболее эффективен препарат при раннем использовании — в течение 1–3 часов после родов.

— **В руководстве FIGO есть комментарий о том, что делать, когда ответа на медикаментозную терапию кровотечения нет или он несущественен. Один из способов — применение управляемой баллонной тампонады (УБТ) матки. У вас большой опыт применения этой методики. Поделитесь, пожалуйста, с нашими читателями.**

— В нашей клинике баллонная тампонада используется широко, поскольку этот метод неинвазивен и имеет низкий уровень осложнений. Механизм работы баллона довольно прост, но в этом и состоит его важное преимущество: стенка расплавленного внутри матки устройства давит на кровоточащие сосуды плацентарной площадки. Собственно, именно так и срабатывает физиологический механизм гемостаза, предусматривающий сдавление спиральных артерий мышечными волокнами матки. Главным итогом применения УБТ в нашей практике стало уменьшение числа массивных кровотечений в 2–4 раза и гистерэктомий — в 4–9 раз. Отмечено также снижение частоты эндометритов и гнойно-септических послеоперационных осложнений, а также отсутствие отсроченных осложнений.

Применение УБТ при КС, по результатам исследований других авторов, в 95 % случаев показало ее целесообразность в группе риска по кровотечению. Нами же при кесаревом сечении был использован превентивный подход (применение УБТ интраоперационно). Среди этих пациенток необходимости в переливании крови не возникало, тогда как в группе без использования УБТ переливание крови выполнено у 15 % пациенток. Кроме того, реанимационный этап лечения был в два раза короче.

Документ, который мы цитируем, еще содержит рекомендацию использовать не только тампонаду, но и эмболизацию маточных артерий, а также оперативное лечение (компрессионные хирургические техники, лигирование артерий и гистерэктомия).

— **В рамках одного интервью невозможно охватить весь спектр вопросов, касающихся предотвращения послеродового кровотечения. Мы благодарны вам за весьма подробные ответы и надеемся на новые публикации.**

— Медицина — одна из самых динамично развивающихся отраслей. Именно поэтому мы наблюдаем просто шквал постоянно пополняющейся профессиональной информации, а опыт отечественных и зарубежных коллег позволяет вычленивать из сообщений зерно истины. 🌱

Беседовала Ольга Касатонова



ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

XV ЮБИЛЕЙНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя

29–30 ИЮНЯ
2022





Участие в научной программе
Баранов Игорь Иванович
+7 (495) 438-94-92
i_baranov@oparina4.ru

Регистрация участников
Николай Скибин
+7 (495) 721-88-66 (111)
+7 (929) 646-51-66
reg@medievent.ru

Подробнее на сайтах mother-child.ru и medievent.ru

Менеджер проекта
Анастасия Князева
+7 (495) 721-88-66 (112)
+7 (926) 611-23-94
knyazeva@medievent.ru

Аккредитация СМИ
Ирина Пронина
+7 (495) 721-88-66 (125)
+7 (926) 611-23-59
pr@medievent.ru

Руководители форума



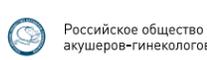
Директор ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор Сухих Г.Т.



Президент РОАГ, академик РАН, д.м.н., профессор Серов В.Н.

Организаторы





Конгресс-оператор: 000 «МЕДИ Ивент» | +7 (495) 721-88-66 | medievent.ru



Вынашивание беременности при манифестации сахарного диабета

В статье представлен клинический пример ведения беременности при наличии отягощенного семейного анамнеза и факторов риска развития акушерских осложнений, в том числе сахарного диабета. Правильный выбор тактики ведения уже при первом визите, командная работа специалистов, контроль за пищевым поведением и формирование нужного настроения у пациентки позволили добиться успешного вынашивания беременности.



Татьяна
Владимировна
ТРУБИНА

Акушер-гинеколог, врач первой категории, заведующая отделением акушерства и гинекологии сети центров репродукции и генетики «Новая Клиник»

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка Т., 45 лет, обратилась в клинику для ведения беременности в октябре 2019 г.

Анамнез

Данная беременность по счету вторая, наступила в ходе протокола ЭКО с донацией ооцитов на фоне заместительной гормонотерапии (эстрадиола валерат 2 мг 3 раза в день, прогестерон микроинъекционный 200 мг 3 раза в день, прогестерон 2,5 % внутримышечно 1 раз в день).

Первая беременность закончилась в 1995 г. медицинским абортom на сроке 5 недель, без осложнений.

В течение 18 лет после первой самостоятельной беременности планирования не было.

При первом обращении к репродуктологу в возрасте 40 лет рекомендовано проведение ЭКО. Впоследствии было 4 попытки с получением ооцитов плохого качества. В двух циклах проводились переносы эмбрионов без эффекта (ХГЧ — 0). Данная беременность наступила после седьмого по счету криопереноса.

Гинекологические заболевания, перенесенные ранее: миома матки (субсерозная форма), хронический эндометрит.

Соматические заболевания: хронический тонзиллит, поливалентная аллергия, варикозная болезнь, миопия высокой степени ОУ.

Наследственность: у отца в возрасте 44 лет острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в 50 лет; у бабушки сахарный диабет 2-го типа.

Сопутствующие факторы риска:

- первая пролонгированная беременность в возрасте 45 лет;
- избыток веса (при первом посещении рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ 28,3 кг/м²).

Данные первичного лабораторного обследования при постановке на диспансерный учет по беременности:

- Клинический анализ крови: гемоглобин — 151 г/дл, эритроциты — $4,96 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты — 267×10^9 /л, лейкоциты — $11,6 \times 10^{12}$ /л, гематокрит — 45,2, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ — 18 мм/ч.
- Общий анализ мочи: без отклонений от нормы.
- Биохимический анализ крови: глюкоза — 4,91 ммоль/л, общий белок — 69 г/л, билирубин общий — 4,91 ммоль/л, креатинин — 77 ммоль/л, железо сыворотки — 19,9 мкмоль/л.
- ТТГ — 1,98 мМЕ/л, Т4 свободный — 0,955 нг/дл.
- Бакпосев мочи: без роста флоры.
- Мазок на флору: флора палочковая, лейкоциты — до 10 во влагалище, до 15 в цервикальном канале.
- Бакпосев на флору из цервикального канала: без роста флоры.
- Фемофлор 16: нормоценоз.
- ПЦР на хламидии, трихомонады, гонококк: отрицательно.

Особенности течения

I триместра

На сроке 6–7 недель проводилось стационарное лечение (госпитализирована в связи с кровотечением) по поводу отслойки плодного яйца с формированием ретрохориальной гематомы.

Последующее амбулаторное долечивание сопровождалось назначением заместительной терапии препаратами прогестерона, а также антикоагулянтной терапии (эноксапарин натрия 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл).

Главные рекомендации

С учетом факторов риска и избыточного веса при первичном обращении

пациентке было рекомендовано соблюдение следующей диеты:

- ограничение потребления легкоусвояемых углеводов — не более 100 г углеводов в ежедневном рационе суммарно;
- достаточное количество белка животного происхождения в ежедневном рационе (не менее 80–100 г в первой половине беременности);
- питьевой режим по физиологической потребности для текущего веса (2400–3200 мл жидкости за сутки, 2/3 из них — питьевая вода);
- нормальное потребление жиров, пищевой клетчатки в виде овощей, грибов, отрубей, цельнозернового хлеба;
- режим двигательной активности (ежедневные прогулки минимум по 60 минут в день, скандинавская ходьба, плавание);
- ведение дневника питания, самоконтроль АД.

Пациентка старалась выполнять данные рекомендации, однако общая прибавка в весе в первую половину беременности составила 5 кг. Зарегистрированных подъемов глюкозы венозной плазмы в первой половине беременности не было. Зарегистрированных подъемов АД не было.

Ключевое исследование

На сроке 24 недели был проведен оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с 75 г глюкозы: глюкоза венозной плазмы натощак — 3,8 ммоль/л, через 1 час после нагрузки — 10,2 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки — 12,2 ммоль/л.

Диагноз, установленный после консультации эндокринолога: сахарный диабет 2-го типа, манифестация. Дальнейшее ведение беременной проводилось совместно с эндокринологом.

Контроль за течением сахарного диабета был достигнут диетотерапией с ежедневным ведением дневника питания, контролем гликемии 7–8 раз в сутки (натощак, после завтрака через час, до обеда, после обеда через час, до ужина, после ужина через час и в 3 часа ночи). С 25-й по 39-ю неделю беременности зарегистрированных подъемов уровня сахара в периферической крови, в венозной плазме не было. Контроль гликированного гемоглобина — 4,9 %. За этот же период снижение веса на фоне терапии составило 5 кг, вес на момент доношенной беременности — 80 кг.

Дополнительные исследования: пациентка проконсультирована кардиологом.

На сроке 25 недель был проведен суточный мониторинг АД, значимых повышений АД за сутки не было выявлено. Выполнена Эхо-КГ: данных за патологии не выявлено, ФВ — 65 %.

Исход беременности

Заключительный основной диагноз: беременность 39/40 недель. Тазовое предлежание.

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет (манифестация), компенсированный диетой, избыточный вес; миопия высокой степени ОУ; хронический тонзиллит (ремиссия); миома матки (субсерозная форма).

01.06.2020 г. путем кесарева сечения в плановом порядке родилась живая доношенная девочка весом 2920 г., ростом 52 см, 8–9 баллов по шкале Апгар. Послеоперационный период протекал без осложнений со стороны матери и ребенка, выписаны домой на 4-е сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вынашивание первой беременности в старшем репродуктивном возрасте — это непростая задача, которая ставит перед врачом множество целей. При наличии сопутствующих факторов риска и отягощенного анамнеза успех зависит от целого ряда моментов:

- правильного выбора тактики ведения уже при первом визите;
- детального разбора ошибок пищевого поведения и образа жизни с пациентом на каждом приеме;
- правильного настроения, что у пациенток после множества неудачных попыток ЭКО не всегда легко реализуется сразу;
- командной работы специалистов. 🤝

Факторы риска сахарного диабета

- ✗ Возраст пациентки — 45 лет и более.
- ✗ У родителей или братьев/сестер имеется сахарный диабет 2-го типа.
- ✗ Есть лишний вес.
- ✗ Человек ведет малоподвижный образ жизни.
- ✗ Диагностирована артериальная гипертензия.
- ✗ У пациентки выявлена нарушенная гликемия натощак или толерантность к глюкозе в анамнезе, свидетельствующие о нарушении углеводного обмена и преддиабетическом состоянии.
- ✗ У пациентки выявлен синдром поликистозных яичников.
- ✗ Ранее развивался гестационный диабет или плод был крупным.
- ✗ Уровень ЛПВП 0,9 ммоль/л и более.
- ✗ Концентрация триглицеридов 2,82 ммоль/л и более.
- ✗ Диагностированы сердечно-сосудистые заболевания.



Внимание! Пропалс после родов

Вопреки бытующему среди гинекологов мнению о том, что пролапс тазовых органов (ПТО) — это удел женщин старшего возраста, сегодня не вызывает сомнений, что в большинстве случаев ПТО начинается у молодых, чаще всего сразу после родов. Однако бессимптомное течение и отсутствие своевременной помощи ведут к прогрессированию процесса, что и является причиной его манифестации в более позднем возрасте, когда появляются такие симптомы, как недержание мочи, анальная инконтиненция, сексуальная дисфункция и тазовая боль. Можно ли предупредить тяжелые формы ПТО?



Антон Александрович СУХАНОВ

К.м.н., врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующий отделением планирования семьи и репродукции ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», г. Тюмень, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПРОБЛЕМА

Главная проблема при ПТО — пациентки приходят к врачу с жалобами на выпадение стенок влагалища или матки за пределы половой щели и другими симптомами, когда профилактика уже неприемлема, а консервативное лечение неэффективно. Основной причиной низкой диагностики пролапса

симптомов, разработать алгоритм выбора методов консервативного лечения у женщин групп риска в послеродовом периоде и оценить их эффективность.

Принадлежность пациентки к группе риска по развитию ПТО после родов определяется по наличию у нее хотя бы одного из «больших» факторов:

- многоплодная беременность;
- ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²);
- многоводие (≥ 1500 мл околоплодных вод);
- макросомия плода (> 4000 г при рождении);
- быстрые или стремительные роды (< 8 часов у первородящих, < 6 часов у повторно родящих);
- продолжительный потужной период (> 60 мин);
- ≥ 2 родов в анамнезе.

Согласимся, что данные факторы не всегда оцениваются на приеме у ги-

- Беспокоят ли хлюпающие звуки при половом контакте?
- Имеет ли место разбрызгивание струи мочи при мочеиспускании?
- Нет ли проблемы «мокрого» нижнего белья в течение дня?
- С каким весом родились дети?
- Были ли разрывы промежности в родах?
- Как часто беспокоят неприятные выделения из половых путей?

На основе этих вопросов можно уже выявить начальную форму ПТО и других симптомов дисфункции тазового дна.

Во время осмотра мы прежде всего обращали внимание на наличие зияния половой щели — первого (раннего) объективного симптома ПТО, а также оценивали целостность мышц тазового дна, их тонус и силу сокращений (рис. 1) пальцевым методом по шкале Оксфорда или с помощью перинеометра. Определяли также, нет ли «проваливаний» в области промежности (отрыв ножки леватора от симфиза).

Поверьте, у большинства женщин вы найдете как минимум две дополнительные проблемы, не сопровождающиеся жалобами.

Если слышим твердое «меня ничего не беспокоит» и это подтверждается объективными данными, то считаем свой гинекологический осмотр полным.

Если проблема выявлена, предлагаем методы консервативной профилактики, лучше — сразу после родов.

Полученные нами данные по распространенности ПТО у женщин после родов показали их высокую частоту, в основном совпадающую с данными литературы. При этом частота (и выраженность) симптомов, которые оценивались по опроснику PFDI-20, у пациенток с наличием факторов риска была в 2 раза выше, чем у женщин без них.

В настоящем исследовании нами была определена взаимосвязь между основными факторами риска по коэффициенту сопряженности. Выявлено, что многоплодная беременность и неоднократные роды имеют сопряженную связь с дисфункцией тазового дна. В случае быстрых/стремительных родов и макросомии плода (> 4000 г), несмотря на выявленный уровень значимости ($p < 0,05$), эта связь оказалась слабой (факультативный фактор риска). При этом сочетание двух и более факторов риска при многоводии, быстрых/стремительных родах,

избыточной массе тела и многоплодии имело высокую связь с развитием ПТО.

Многоплодная беременность, по результатам нашего исследования, увеличивает частоту мочевого симптома дисфункции тазового дна в 27 раз, что говорит о сильной сопряженной связи между ними. Это объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходит давление матки на мышцы тазового дна, в результате увеличивается подвижность шейки мочевого пузыря, приводя к некомпетентности сфинктера уретры. С увеличением срока беременности частота и выраженность недержания мочи увеличиваются.

В нашем исследовании принимали участие женщины с выявленными факторами риска после родов, которые проходили послеродовую реабилитацию. Одни (группа I) использовали гинекологические пессарии: на 2–3-й день

Каждый практикующий гинеколог видит начальные проявления пролапса тазовых органов при гинекологическом осмотре в рамках рутинного врачебного приема, но проблемой занимаются немногие

на ранних стадиях, а точнее — отсутствия послеродовой реабилитации, является неразработанность профилактических стратегий, единой тактики ведения таких пациенток, маршрутизации больных в специализированные учреждения, которые занимаются коррекцией дисфункции тазового дна. Соответственно, количество женщин с ПТО неумолимо растет, а методы лечения в большинстве случаев — оперативные. Тем не менее и в зарубежной, и в отечественной литературе имеется много информации об эффективности консервативного лечения.

Казалось бы, современный уровень медицины позволяет выполнять сложнейшие операции для лечения пролапса, но мы не можем уделить время простому обучению упражнениям Кегеля, который доказал эффективность своей методики еще в середине XX века (Kegel A.H., 1948, 1952), или научить пациентку пользоваться пессарием, подобрав для нее соответствующие тип и размер.

ОПЫТ ТЮМЕНСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

На базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (Тюмень) было решено изучить распространенность ПТО у женщин после родов, выявить взаимосвязь между наличием факторов риска и частотой

неколога, что, безусловно, влияет на низкую настороженность по отношению к данной проблеме. Объясню, почему так происходит. На приеме большая часть врачей видят и оценивают только то состояние, на которое жалуется пациентка. А почему бы не оценить некоторые простые вещи?

Проводя осмотр, целесообразно задать следующие вопросы:

- Есть ли изменения в удовлетворенности половой жизнью?

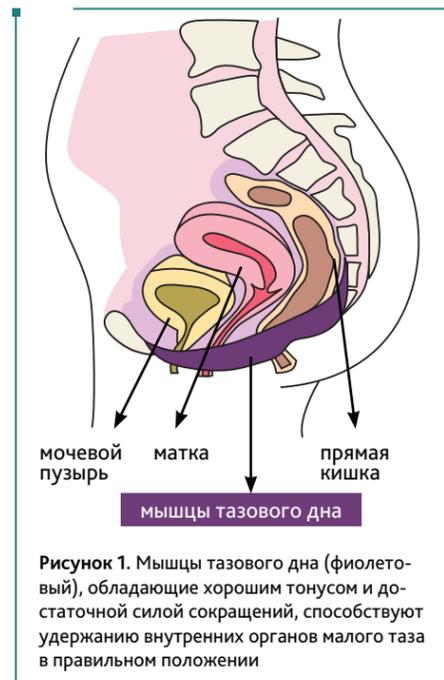


Рисунок 1. Мышцы тазового дна (фиолетовый), обладающие хорошим тонусом и достаточной силой сокращений, способствуют удержанию внутренних органов малого таза в правильном положении

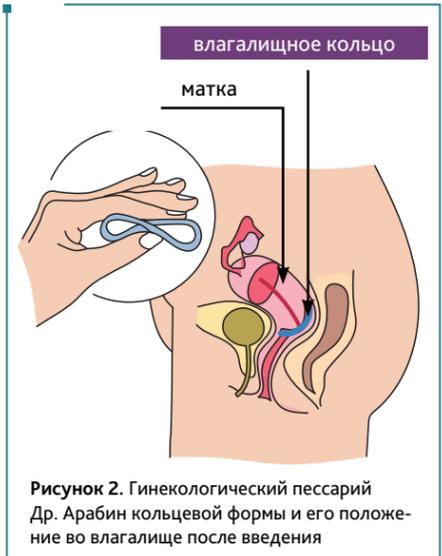


Рисунок 2. Гинекологический пессарий Др. Арабин кольцевой формы и его положение во влагалище после введения



Рисунок 3. Гинекологический пессарий Др. Арабин кубической формы. Вогнутые грани куба способствуют удерживанию пессария во влагалище благодаря вакуумному эффекту

после родов — тонкое кольцо для уменьшения давления со стороны органов брюшной полости на тазовое дно (рис. 2), спустя 2 месяца тонкое кольцо заменяли на пессарий кубической формы на весь последующий период

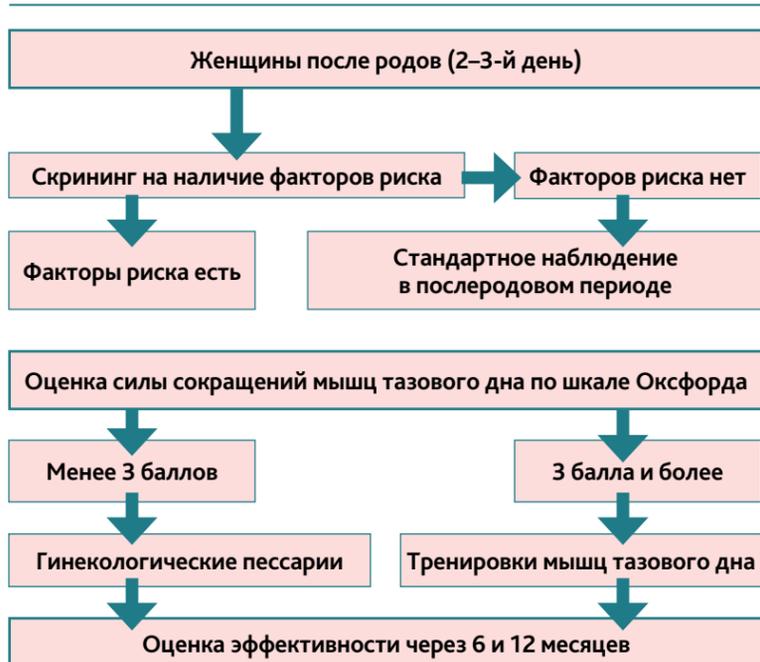


Рисунок 5. Алгоритм выбора метода консервативного лечения дисфункции тазового дна у женщин групп риска в послеродовом периоде

исследования (до 12 месяцев) (рис. 3). Другие (группа II) получали профилактическое лечение, выполняя упражнения Кегеля на протяжении 12 месяцев после предварительного обучения под контролем перинеометра (рис. 4). Третьи (группа сравнения III) не получали реабилитацию. Группа IV (без факторов риска) служила контролем.

Через год на симптомы ПТО и недержания мочи указывали 40 % пациенток без лечения, тогда как в группах

I и II — менее 10 % пациенток. К концу наблюдения общая выраженность симптомов уменьшилась статистически значимо во всех группах. Однако среди пациенток с факторами риска, получавших лечение, динамика была более существенной по сравнению с теми, кто его не получал: снижение в группе I произошло на 29,5 балла (или на 23,2 %, $p < 0,001$), в группе II — на 37 баллов (на 28,6 %, $p < 0,001$), в группе III — лишь на 13,1 балла (на 9,4 %, $p < 0,05$), в группе IV динамика была

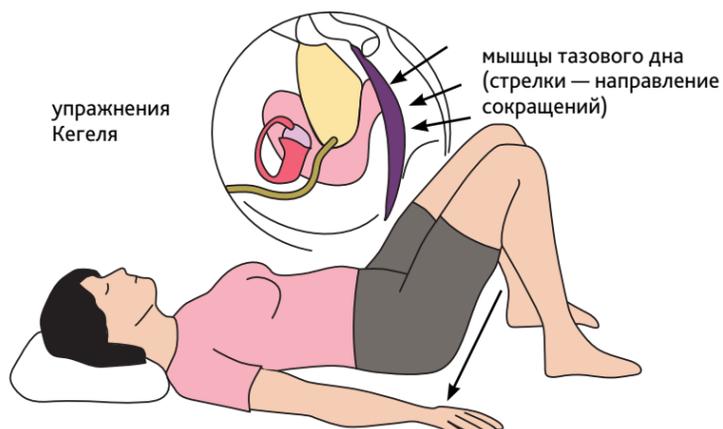


Рисунок 4. Упражнения Кегеля следует выполнять с использованием перинеометра после предварительного обучения (определить мышцы, которые надо сокращать), с сопротивлением (создаваемым датчиком перинеометра), под контролем сокращений (показания манометра) и прогрессивно увеличивая интенсивность сокращений (в динамике)

Что необходимо делать и о чем важно помнить практикующему врачу

1. Провести скрининг на 2–3-и сутки после родов и на основании выявленных факторов оценить показания и необходимость в консервативном восстановительном лечении.
2. Консервативное лечение должно включать в себя:
 - использование гинекологических pessaries. На 2–3-и сутки после родов устанавливается pessary в виде тонкого кольца, размер которого подбирается индивидуально с помощью адаптационных колец. Извлекать и обрабатывать такой pessary не нужно. Через 6–8 недель в зависимости от степени ПТО производится замена кольца на кубический pessary. Его рекомендуется извлекать перед сном и промывать проточной водой;
 - тренировки мышц тазового дна под контролем перинеометра 1–2 раза в день на протяжении 15–20 минут.
3. Для оценки эффективности консервативного лечения необходимы три визита пациентки к врачу: через 1, 6 и 12 месяцев после родов.

также положительной — снижение на 12,2 балла (на 21,6 %, $p < 0,001$).

Минимальным значением для оценки улучшения считается 13,5 балла (95 % ДИ: 6,2–20,9), или снижение на 23 %, что является клинически значимым. Это изменение, по мнению экспертов, может быть использовано для оценки эффектов лечения у женщин, состояние которых считается подходящим для консервативного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что собственные ресурсы организма пациенток без факторов риска оказались достаточными для восстановления тканей тазового дна после родов, тогда как у пациенток с их наличием, которые не получали лечения, — недостаточными, и уменьшение выраженности симптомов у них было незначительным. Применение pessaries и тренировки мышц тазового дна позволили достичь результатов, даже несколько превышающих полученные в контрольной группе, что свидетельствует о хорошей скорости восстановительных процессов в динамике.

Сила сокращений мышц тазового дна увеличивается до 4–5 баллов по шкале Оксфорда в результате применения гинекологических pessaries у 62 % пациенток (до лечения — у 2 %, $p < 0,001$), тренировки мышц тазового дна — у 82 % (до лечения — у 7 %, $p < 0,001$)

по сравнению с пациентками, которые не получали лечения — у 47 % ($p < 0,01$).

Степень пролапса снижалась на 1–2 пункта у всех женщин с наличием факторов риска, получавших лечение.

Кроме того, восстановительное лечение способствовало достижению нормальных показателей сексуальной функции в обеих группах, получавших лечение: 26,2 и 26,6 балла ($p = 0,045$ и $p = 0,035$ соответственно) против 15,1 балла без лечения ($p = 0,49$).

Таким образом, можно оценить эффективность методов консервативного лечения дисфункции тазового дна после родов у женщин групп риска как высокую. Главное — начинать сразу после родов!

АЛГОРИТМ ПОСЛЕРОДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГРУППАХ РИСКА

Нами был разработан алгоритм выбора метода консервативного лечения дисфункции тазового дна у женщин групп риска в послеродовом периоде (рис. 5).

Представленный алгоритм позволяет дифференцированно подходить к выбору метода восстановительного лечения у женщин после родов в зависимости от наличия/отсутствия факторов риска ПТО и силы сокращений мышц тазового дна.



КУБИЧЕСКИЙ ПЕССАРИЙ ДОКТОР АРАБИН

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕССАРИЯ Д-Р АРАБИН ДОКАЗАНА ЗА 40 ЛЕТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

60-94%

женщин заметили уменьшение симптомов недостаточности тазового дна



Эффективен при всех степенях пролапса, в том числе и при недержании мочи



Дополнительно поддерживает мышцы тазового дна после родов



Легко и быстро подобрать необходимый размер

+7 (499) 3221326

+7 (800) 4441486 звонок по РФ бесплатный



ЗАО "ПЕНТКРОФТ ФАРМА"

+7 (495) 7887746



ARABIN24.RU
OZON.RU



Реклама



Неврологические заболевания в послеродовом периоде

Известно, что заболевания нервной системы могут осложнять течение беременности, родов и послеродового периода, однако сведений об их распространенности в эти периоды жизни женщины практически нет. Это связано с трудностями сбора статистики и этическими вопросами. Недостаток научной информации о частоте и структуре неврологических заболеваний в послеродовом периоде, однако, не означает, что они встречаются крайне редко. Поэтому важно, чтобы практикующий акушер-гинеколог был в полной мере информирован и готов правильно вести женщин с этой патологией после родов.



**Дмитрий
Владиславович
БЛИНОВ**

К.м.н., руководитель по медицинским и научным вопросам Института превентивной и социальной медицины (Москва), врач-невролог клинического госпиталя «Лапино» ГК «Мать и дитя» (Московская обл.)

ПОСЛЕРОДОВАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

С головной болью после родов сталкиваются около 40 % рожениц.

Первый фактор — существенные колебания уровня гормонов и биохимические изменения в организме во время беременности, родов и подготовки к лактации (гиперкоагуляция, изменения уровня эстрогенов и окситоцина, а также серотонина). Второй фактор — родовой стресс и неизбежные изменения образа жизни женщины в связи с появлением младенца: перестройка общения с близкими, перераспределение домашних обязанностей и, наконец, депривация сна. Оба вышеназванных фактора напрямую влияют на частоту и выраженность головных болей, при этом причины их могут быть разными и сочетаться друг с другом.

Современные авторы приводят 10 причин головной боли в послеродовом периоде, что является основой для выполнения дифференциальной диагностики (Boushra M., 2021): мигрень, головная боль напряжения, инсульт, тромбоз кортикальных вен, менингит, головная боль после пункции, преэклампсия, синусит, опухоль головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние. Опишем подробнее наиболее часто встречающиеся из них.

Мигрень без ауры характеризуется не связанными с другим расстройством приступами головной боли (не менее чем 5) продолжительностью 4–72 ч (без лечения или оно было безуспешным). Такая головная боль имеет по крайней мере две характеристики: односторонняя локализация, пульсирующий характер, умеренная или сильная интенсивность, усугубляется при физической активности (ходьба, подъем по лестнице) или заставляет ее избегать. Во время головной боли имеет место по крайней мере одно из следующих проявлений: тошнота и/или рвота, фотофобия и фонофобия.

Мигрень с аурой также не связана с каким-либо расстройством. Она характеризуется полностью обратимыми приступами головной боли (не менее чем двумя) без двигательной заторможенности, предваряемыми или сопровождающимися аурой с одним или несколькими признаками: визуальными, в т.ч. позитивными (мерцающий свет, пятна или линии) и/или негативными (потеря зрения); сенсорными, в т.ч. позитивными («иголки и булавки») и/или негативными (онемение); нарушениями речи (дисфазия). Для постановки диагноза «мигрень с аурой» необходимо наличие по крайней мере двух из следующих признаков: односторонние визуальные и/или сенсорные симптомы, постепенное развитие и/или симптомы ауры возникают последовательно в течение как минимум 5 мин, каждый симптом длится от 5 до 60 мин.

Головная боль напряжения характеризуется не связанными с другим расстройством проявлениями (не менее чем 10 эпизодов) продолжительностью от 30 минут до 7 дней и имеет по крайней мере две из следующих характеристик: двусторонняя локализация; давящий/тянущий (не пульсирующий) характер; слабая или умеренная интенсивность; не обостряется при обычной физической активности, такой как



С лактацией совместимы парацетамол, ибупрофен и суматриптан, с осторожностью следует применять напроксен, и этим список возможных препаратов для лечения мигрени в послеродовом периоде у кормящих матерей ограничивается

ходьба или подъем по лестнице. Также на фоне головной боли напряжения должны отсутствовать тошнота или рвота, иметь место не более одного приступа фото- или фонофобии.

Головная боль после пункции или непреднамеренного повреждения твердой мозговой оболочки при эпидуральной анестезии характеризуется усилением интенсивности в течение 15 мин нахождения в положении сидя или стоя и уменьшением в течение 15 мин в положении лежа, при наличии по крайней мере одного из следующих симптомов: ригидность мышц шеи, шум в ушах, гипакузия (снижение слуха), светобоязнь, тошнота. Для постановки данного диагноза необходимо наличие в анамнезе факта выполнения пункции 5 и менее дней назад. Облегчение симптомов в течение 1 недели после пункции происходит самопроизвольно

или в течение 48 часов после эффективного устранения утечки спинномозговой жидкости (СМЖ) — обычно с помощью эпидурального кровоостанавливающего пластыря.

КАК ГИНЕКОЛОГУ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИНУ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

В ходе амбулаторного приема женщине можно задать несколько простых вопросов, которые позволят выявить возможную причину головной боли, после чего назначить лабораторное и инструментальное обследование с целью верификации диагноза (Klein A.M., Loder E., 2010).

Важной составляющей диагностики головных болей в послеродовом периоде является сбор анамнеза. Необходимо выяснить у пациентки, имели ли место головные боли ранее, если да — каков был диагноз? Вполне возможно, что женщина расскажет о таких поставленных диагнозах, как мигрень или головная боль напряжения.

Есть ряд симптомов, которые акушер-гинеколог может оценить самостоятельно в процессе клинического осмотра. Если пациентка положительно отвечает на вопрос, связана ли головная боль с определенным положением головы (т.е. постуральная головная

боль), со звоном в ушах или снижением остроты слуха, то можно заподозрить головную боль на фоне снижения давления СМЖ. При уверенности в диагнозе и отсутствии других причин головной боли целесообразно эмпирическое лечение. Однако постуральный характер головной боли может быть малозаметным, особенно если она длится долгое время, поэтому не стоит исключать альтернативные диагнозы — следует выполнить КТ-миелограмму, МРТ с гадолинием (может выявить объемные образования, менингиомы), люмбальную пункцию (может подтвердить низкое давление СМЖ), радионуклидную цистернограмму (может выявить медленную утечку СМЖ).

Также следует задать женщине вопрос, резко или постепенно возникла головная боль. Резкое начало может свидетельствовать о субарахноидальном кровоизлиянии при аневризме,

церебральном венозном тромбозе, обратимом церебральном вазоконстрикторном синдроме. Иногда внезапное начало головной боли бывает и при мигрени (так называемая краш-мигрень), но это диагноз исключения. Для верификации диагноза показаны КТ и люмбальная пункция. Если при данных обследованиях патологии не выявлено, то выполняют МР-ангио- или МР-венографию, при помощи которых можно визуализировать церебральный венозный тромбоз или типичные бусиноподобные образования как проявления вазоконстрикторного синдрома (Klein A.M., 2010).

Следует поинтересоваться, имеют ли место повышение артериального давления (АД), снижение прозрачности мочи (протеинурия) или судороги на фоне головной боли. Если да, то возможной причиной является послеродовая преэклампсия или эклампсия. Для верификации диагноза следует выполнить анализ мочи, вести контроль АД и исследовать рефлексы в рамках неврологического осмотра (наличие гиперрефлексии говорит в пользу данного диагноза). Необходимо помнить, что риск развития преэклампсии повышен у женщин с мигренью, особенно сопровождающейся аурой.

Если пациентка положительно отвечает на вопрос, принимала ли она какие-либо сосудосуживающие препараты, то возможной причиной головной боли в послеродовом периоде является обратимый вазоконстрикторный синдром. Иногда женщина может не знать о том, что препарат обладает сосудосуживающим действием, или не рассказывать об употреблении запрещенных веществ с подобным эффектом (кокаин, псевдоэфедрин и т.п.). С целью подтверждения данного диагноза следует направить пациентку на МР-ангио- или МР-венографию для поиска типичных бусиноподобных образований (Klein A.M., 2010).

«Красными флагами», которые может распознать акушер-гинеколог в ходе амбулаторного приема, являются горизонтальные или вертикальные непровольные ритмичные колебательные движения глаз (глазной нистагм) или опущение одного века (птоз). При наличии данных симптомов необходимо в экстренном порядке привлечь профильных специалистов (невролога, нейрохирурга), поскольку это могут быть проявления жизнеугрожающих состояний (Boushra M., 2021).

Тактикой лечения при обострении имеющих болей является обезболивание и консультирование женщины о важности здорового питания и полноценного сна матери в послеродовой период и на первом году жизни ее ребенка. При головных болях после пункции показаны постельный режим, обезболивание и в/в регидратационная терапия. При вторичных головных болях следует устранить причины и использовать симптоматическую терапию: в частности, при преэклампсии показаны антигипертензивные препараты, при инсульте — тромболитики и эндоваскулярные нейрохирургические вмешательства, при синусовом венозном тромбозе — антикоагулянты (Sabharwal A., 2011; Lim S.Y., 2013; Di Paolo M., 2021; Nikouline A., 2021; Boushra M., 2021).

Для купирования острого приступа мигрени применяют триптаны (суматриптан, золмитриптан, элетриптан), препараты эрготамина (синкаптон, дигидергот), НПВС (ибупрофен, ацетилсалициловая кислота, диклофенак).

Необходимо избегать комбинированных анальгетиков, барбитуратов, кофеина, поскольку данные средства повышают риск абוזной головной боли (Азимова Ю.Э., 2017; Табеева Г.Р., 2010).

С целью профилактической терапии мигрени (для снижения частоты приступов) применяют топирамат, амитриптилин, пропранолол, верапамил, органические соли магния. Если мигрень без ауры, то позитивное влияние может оказать применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или менопаузальной гормональной терапии (МГТ) (Азимова Ю.Э., 2017; Табеева Г.Р., 2010).

Сравнительно недавно в арсенал специалистов вошли моноклональные антитела к кальцитонин ген-родственному пептиду (CGRP) — медиатору боли, выделяющемуся в системе тройничного нерва: эренумаб, фреманезумаб и т.п. Данные препараты блокируют белок CGRP или его рецептор, их вводят п/к 1 раз в месяц или 1 раз в 3 месяца (Азимова Ю.Э., 2019; Walter S., 2021).

Не менее важное значение для профилактики мигрени имеют и немедикаментозные методы, такие как диета, гигиена сна, борьба со стрессом, лечебная гимнастика, массаж.

Однако если женщина — кормящая мать, большинство из вышеперечисленных препаратов не следует использовать. С лактацией совместимы парацетамол, ибупрофен и суматриптан, с осторожностью следует применять напроксен, и этим список возможных препаратов для лечения мигрени в послеродовом периоде у кормящих матерей ограничивается (Мирошникова В.В., 2016).

Прогноз при мигрени, головной боли напряжения, а также головной боли после пункции у женщин в послеродовом периоде является хорошим: данные заболевания не опасны для

жизни и, хотя отмечается временное снижение качества жизни, при правильно подобранной тактике ведения их течение характеризуется отсроченным восстановлением. При вторичных головных болях прогноз более серьезный: так, при преэклампсии смертность составляет 6,4 на 10 000 случаев; при инсульте — 5 %, при этом отмечается инвалидизация значительной доли выживших; при менингите в случае несвоевременной диагностики смертность достигает 20 % (Boushra M., 2021; MacKay A.P., 2001).

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

Известно, что около 13 % женщин сталкиваются с депрессией в послеродовом периоде, одной из причин которой может являться хроническая головная боль, развивающаяся у части женщин, не обращающихся за медицинской помощью и не получающих адекватной и своевременной терапии. Другими причинами могут являться биохимические изменения (колебания уровня эстрогенов, серотонина, окситоцина, гиперкоагуляция) и изменения в социальном статусе после родов (стресс, депривация сна и т.п.).

Хотя сама по себе депрессия не является жизнеугрожающим состоянием, всем известны случаи материнских суицидов или убийства матерями младенцев, освещавшиеся в прессе. Поэтому к необходимости своевременного выявления симптомов депрессии у женщин в послеродовом периоде следует подходить со всей серьезностью.

На приеме пациентки нередко избегают поднимать вопрос о расстройствах настроения, сна, симптомах депрессии, полагая это обычным делом в данный период. Поскольку с гинекологом женщины в послеродовом периоде взаимодействуют гораздо чаще, чем с другими врачами, в ходе беседы с пациенткой

следует выяснить, имеют ли место такие расстройства. Первые признаки можно определить уже по тому, как женщина общается с врачом. При преобладании депрессивного компонента у пациентки может быть отсутствующий взгляд, амимичное лицо, она может отвечать на вопросы врача односложно и тихим голосом. Если преобладает тревожный компонент, мимика может быть напряженной, речь — сбивчивой, внимание к вопросам врача — пониженным (Костюк Г.П., 2019). Видя эти симптомы, врач при помощи наводящих вопросов должен постараться прояснить психологический статус пациентки.

При невыраженной депрессии можно ограничиться назначением фитострогенов, противотревожных, модулирующих настроение препаратов. Рекомендуется направить на консультацию к неврологу, психологу, психотерапевту. Также в обязательном порядке следует указать на необходимость устранить причины для стресса, тревоги и депрессии, контролировать свое состояние. В ходе консультирования следует рассказать женщине о причинах депрессии в послеродовом периоде, возможных методах лечения, ожидаемом сроке наступления терапевтического эффекта, а также о противопоказаниях, возможных нежелательных явлениях, необходимых ограничениях образа жизни и прогнозе.

Депрессию средней и тяжелой степени должен лечить психиатр, который рассмотрит вопрос о прекращении грудного вскармливания и назначении антидепрессантов, анксиолитиков, нейрелептиков, при необходимости — мелатонина для коррекции расстройств сна, которые нередко сопутствуют депрессии.

В условиях ограниченной возможности применения лекарственных средств

в период грудного вскармливания полезны немедикаментозные методы лечения. Эффективной является когнитивно-бихевиоральная терапия, которая, однако, должна не выступать в качестве альтернативы стандартной терапии, а являться дополнением к ней. Существенно улучшить состояние женщины помогают методы противодействия стрессу: увеличение продолжительности сна до 7–8 часов, сбалансированное регулярное питание, занятия физкультурой (бег, скандинавская ходьба, езда на велосипеде, аэробные упражнения) не менее 30 мин в день 5 раз в неделю. Также важно освоить технику адекватного выхода эмоций, диафрагмальное дыхание в моменты сильного эмоционального возбуждения. Навыки смены деятельности, тайм-менеджмента, релаксационные тренировки также помогут справиться с депрессией в послеродовом периоде (Gautam M., 2020; Cronin C., 2021; Акарачкова Е.С., 2020).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее распространенной неврологической патологией в послеродовом периоде является головная боль. При этом хроническая головная боль у женщин без доступа к адекватной терапии может вести к развитию послеродовой депрессии. Терапевтические возможности при грудном вскармливании ограничены необходимостью оценивать соотношение пользы для матери и риска для ребенка.

Акушер-гинеколог должен уметь распознавать симптомы неврологической патологии, чтобы своевременно направить женщину к нужным специалистам, осознавать важность организации правильной маршрутизации пациентки и междисциплинарного взаимодействия с профильными специалистами.

Список литературы находится в редакции

28–30 сентября 2022



XXIII ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ
Мать и Дитя

**УЧАСТИЕ БЕСПЛАТНОЕ,
ТРЕБУЕТСЯ РЕГИСТРАЦИЯ!**

**МВЦ «Крокус Экспо»,
3 павильон, 4 этаж, 20 зал**

В рамках форума:

- Конгресс «Лабораторные технологии в репродуктивной медицине и неонатологии: от науки к практике» (ЛАБРИН – 2022)
- XII Научно-практическая конференция «Невынашивание беременности: социальная проблема, медицинские решения»
- Национальный научно-образовательный эхографический конгресс «Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии – сложные вопросы и пути их решения»
- Лига акушеров России
- XXIV Международная специализированная выставка оборудования, лекарственных препаратов по акушерству, гинекологии и неонатологии
- Охрана здоровья матери и ребенка – 2022**

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушеров России

Руководитель форума «Мать и Дитя»



Сухих Г.Т.,
Академик РАН, профессор, д.м.н.
Директор ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
Минздрава России

Контакты

Участие в научной программе
Баранов Игорь Иванович
+7 (495) 438-94-92
i_baranov@oparina4.ru

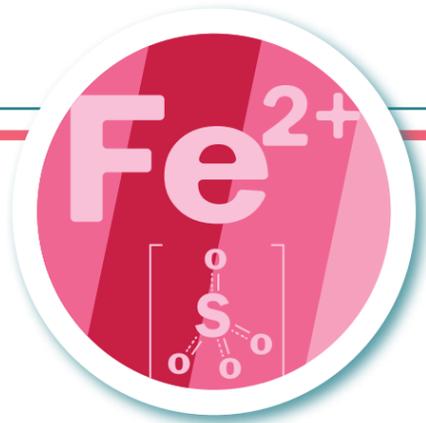
Менеджер проекта
Светлана Ранская
+7 (495) 721-88-66 (111)
+7 (926) 610-23-74
svetlana@medexpo.ru

Регистрация участников
Николай Скибин
+7 (495) 721-88-66 (111)
+7 (929) 646-51-66
reg@medexpo.ru

Аккредитация СМИ
Ирина Пронина
+7 (495) 721-88-66 (125)
+7 (926) 611-23-59
pr@medexpo.ru

Подробнее на сайтах mother-child.ru и medexpo.ru

Конгресс-оператор: ООО «МЕДИ Экспо» | +7 (495) 721-88-66 | expo@medexpo.ru | 



Ростовский государственный
медицинский университет

Кафедра акушерства
и гинекологии №3

Е.Ю. Лебедеко, д.м.н., доцент, заведующая

А.А. Михельсон, к.м.н., доцент

О.В. Гайда, к.м.н., доцент

Кафедра акушерства
и гинекологии №1

М.А. Рымашевский, к.м.н., ассистент

Анемия после родов. Поиски консенсуса

Послеродовая анемия является серьезной проблемой не только из-за высокой распространенности, но и ввиду отсутствия единого мнения об определении этого состояния, клинической значимости критериев, включая симптомы и уровень гемоглобина в крови, согласованных подходов к диагностике и лечению.

Эксперты, выполнившие в 2020 году систематический обзор 7 клинических руководств международных организаций и профессиональных ассоциаций, разработанных в странах с высокими ресурсами, по вопросу послеродовой анемии (ПА), обнаружили несогласованность в отношении определения ПА и рекомендаций по ее диагностике и лечению. Они объясняют такое положение недостаточным количеством исследований с высоким уровнем доказательности по этой теме. То же можно сказать и о русскоязычной литературе — в поисковой системе e-library за последние 10 лет найдено всего 16 работ по теме ПА, из них только в 6 представлены результаты клинических исследований с количеством участников от 36 до 120 (для сравнения: в поисковой системе pubmed за тот же период найдено 989 англоязычных работ). Так что же известно на сегодняшний день про послеродовую анемию?

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

По данным небольших выборочных исследований, в развитых странах частота анемии через 24–48 часов после родов колеблется от 22 до 50%. Ретроспективное исследование, проведенное в Германии, показало, что распространенность ПА составляет 22% при уровне гемоглобина (Hb) менее 100 г/л, при этом у 3% рожениц он был ниже 80 г/л (Bergmann R.L., 2010). ПА встречается у 80% женщин в малообеспеченных и сельских районах в развивающихся странах (Butwick AJ, 2021). При обследовании в течение первых 6 месяцев после родов среди женщин в США частота ПА была оценена в 4,2% (Daru J., 2018). В России такой статистики нет (в публикациях приводятся данные со ссылками только на англоязычные источники).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

На данный момент все определения ПА основаны только на значениях Hb без учета симптомов. Наличие анемии рекомендуется определять при уровне Hb < 110 г/л через 1 неделю и < 120 г/л через 8 недель после родов (Milman N., 2011). Однако в Великобритании рекомендуемым критерием ПА является уровень Hb < 100 г/л (Pavord S., 2012). Советом российских экспертов (2019) предлагается также пользоваться критерием Hb менее 100 г/л в послеродовом периоде и менее 120 г/л — в период грудного вскармливания.

Состояние ПА не имеет специального кода в Международной классификации болезней (МКБ-10), но включено

в более общий код 099.0 «Анемия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период».

ПОСЛЕДСТВИЯ

Систематический обзор, включавший 27 исследований, определил последствия ПА у матери. К физическим проявлениям относятся утомляемость, снижение работоспособности, одышка при физической нагрузке, учащение пульса, головокружение, нарушение функции эпителиальных тканей, эндокринной функции, регуляции температуры,

300 мл, может привести к быстрому истощению запасов железа в организме и при отсутствии лечения вызвать его длительный дефицит и ЖДА в послеродовом периоде. Кровопотеря, превышающая 500 мл, также predisposes к последующей анемии (из-за острого кровотоечения), даже если статус железа был адекватным до родов (Yefet, E., 2019).

СКРИНИНГ

Целевая группа по профилактическим службам США (USPSTF) заявила, что

Таким образом, рутинный скрининг на послеродовую анемию следует рассматривать как часть национальных программ охраны материнства (WHO, 2020).

ДИАГНОСТИКА

Пребывание в родильном отделении является важным окном возможностей для диагностики ПА и медицинского вмешательства, поскольку следующая точка для медицинского осмотра наступает только через 4–6 недель, а за помощью к врачу обращаются не более 10–40% рожениц.

Однако четких рекомендаций, как и когда проводить скрининг на ПА, пока не существует. Диагностика может быть сложной по ряду причин. Во-первых, симптомы, связанные с анемией, могут отсутствовать у женщин с дородовым низким уровнем Hb или проявляться только после выписки из родильного отделения, когда женщины испытывают более интенсивную физическую нагрузку. Во-вторых, симптомы анемии могут быть связаны со слабостью и кормлением грудью, особенно если кровопотеря не была адекватно оценена. Наконец, клинические признаки могут проявляться поздно вследствие неэффективного эритропоэза при ЛДЖ, когда снижается доставка кислорода к тканям.

Диагноз «ПА, вызванная дефицитом железа» основывается на анализе крови, включая уровень Hb (< 110 г/л) и уровень ферритина (ФС) через 1 неделю после родов. При этом следует учитывать низкие запасы (дефицит) железа (ФС < 30 мкг/л) и истощение железа в депо (ФС < 15 мкг/л) даже при нормальном уровне Hb (> 110 г/л) (Pavord S., 2020; WHO, 2020).

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактику ПА следует начинать уже на ранних сроках беременности, чтобы обеспечить достаточный запас железа перед родами. Наиболее надежный способ достижения этой цели — пероральный прием добавок двухвалентного железа (Fe²⁺). Алгоритмы диагностики и лечения ЛДЖ и ЖДА у беременных описаны Г.Б. Дикке и Н.И. Стуковым (2021), которые подчеркивают необходимость своевременного выявления ЛДЖ и при его наличии — назначения препаратов железа в дозе до 100 мг/сут в течение 6–8 недель. С учетом решения экспертного совета наиболее оптимальной тактикой можно считать выявление и коррекцию дефицита железа



Профилактику ПА следует начинать уже на ранних сроках беременности, чтобы обеспечить достаточный запас железа перед родами. Наиболее надежный способ достижения этой цели — пероральный прием добавок двухвалентного железа

увеличение частоты инфекций, «беспокойные ноги» и др. Психические и поведенческие последствия включают нарушение когнитивных функций, повышенную нестабильность, раздражительность, дистресс, дисфорию и послеродовую депрессию. При ПА снижается лактация, что отражается на питании младенца и взаимодействии матери и ребенка, в результате чего дети могут отставать в развитии (Moysa E., 2022).

ПРИЧИНЫ

Существуют две основные причины ПА: во-первых, это железодефицитное состояние беременной женщины до родов, во-вторых, величина послеродовой кровопотери. Низкий статус железа во время беременности с истощением запасов этого элемента или его дефицитом в депо или даже железодефицитной анемией (ЖДА), безусловно, приведет к ПА, учитывая неизбежные кровопотери, связанные с родами. Кровопотеря, превышающая

доказательств для рекомендации рутинного скрининга и лечения дефицита железа во время беременности недостаточно (Cantor AG, 2015). Однако сегодня скрининг у беременных является общепринятым подходом, учитывая высокую распространенность латентного дефицита железа (ЛДЖ) среди беременных (WHO, 2020; Резолюция совета экспертов по железодефицитной анемии у женщин, 2020). Так, Auerbach M. и соавт. (2019) провели исследование, в котором выявили дефицит железа у 42% беременных, а Yefet E. и соавт. (2019) продемонстрировали полезность скрининга до родов, определив, что частота выявления дефицита железа была в 2 раза выше в группе скрининга, чем в группе с наличием симптомов, с отношением шансов 2,2 (95% ДИ: 1,6–3,0), при этом 22% пациенток со средней и тяжелой степенью ПА диагноз был поставлен исключительно на основании протокола скрининга.

до начала беременности (резолуция совета экспертов по железодефицитной анемии у женщин, 2020).

Акушерские меры должны быть приняты для снижения частоты кровотечений в родах и обеспечения адекватного медикаментозного лечения (метергин, окситоцин, мизопростол) или своевременного хирургического вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ

При лечении послеродовой ЖДА легкой и средней степени тяжести в качестве первого выбора рекомендуется пероральный прием двухвалентного железа в дозе 100–200 мг в день. Известно, что Fe²⁺ эффективнее всасывается, тогда как трехвалентное железо (Fe³⁺) требует дополнительных факторов (наличия соляной кислоты, витамина С и др.) и работы ферментов (ферроредуктаз) для окисления иона Fe³⁺ до Fe²⁺. Также лучше усваиваются органические соединения железа, чем неорганические, а среди них лучше комплексы с белками, чем с полисахаридами (Михельсон Ар.А. с соавт., 2022).

В настоящее время определено, что наибольшей клинической эффективностью в лечении дефицита железа обладают именно препараты, содержащие двухвалентное железо — соли сульфата, fumarата, глюконата, а также аскорбиновую кислоту (WHO, 2016). При этом максимальная эффективная и безопасная разовая доза составляет 100 мг, а суточная не должна превышать 300 мг. Формы железа с замедленным высвобождением (Сорбифер Дурулес) предотвращают контакт атомов металла со слизистой оболочкой желудка, поскольку высвобождение его происходит только при смене кислотности среды в просвете двенадцатиперстной кишки, где осуществляется основной объем абсорбции железа, что значительно снижает число побочных эффектов.

Сорбифер Дурулес — комбинированный препарат Fe²⁺ с замедленным высвобождением, содержащий 320 мг железа сульфата безводного (что эквивалентно 100 мг элементарного Fe²⁺) и 60 мг аскорбиновой кислоты. Высокая биодоступность сульфата железа в сочетании с аскорбиновой кислотой для улучшения всасывания обеспечивает более высокий темп прироста гемоглобина по сравнению с другими пероральными железосодержащими препаратами, особенно при тяжелой форме анемии (Дворецкий Л.И., 2007).

Режим приема препарата Сорбифер Дурулес: при ЖДА легкой степени тяжести и ЛДЖ — 100 мг 1 раз в день, при средней степени тяжести ЖДА или в III триместре беременности, в случае необходимости подъема гемоглобина в сжатые сроки, доза может быть увеличена до 100 мг 2 раза в день.

Уточнение и устранение причин, приведших к развитию анемии, являются непременными условиями для достижения эффекта.

Наибольшая эффективность терапии ЖДА наблюдается в первый месяц лечения, что позволяет решать вопрос о дальнейшей тактике: терапия считается эффективной, если прирост Hb составляет 10 г/л и выше в первый месяц лечения. Лечение должно проводиться не менее 2 месяцев для нормализации Hb и еще 2–3 месяца — для нормализации запасов железа в депо. Определение уровня ФС также служит объективным критерием оценки эффективности и длительности использования препаратов железа. При ЛДЖ первый контроль содержания ФС проводится через 2 месяца от начала терапии, и далее принимается решение о продолжении терапии до нормализации этого показателя.

При тяжелой ЖДА первым выбором является внутривенное введение Fe³⁺ в дозах от 800 до 1500 мг. Некоторым

Держи баланс

Для профилактики и лечения железодефицитной анемии

320 мг
железа сульфата

60 мг
аскорбиновой кислоты

- **Усиленное** восстановление гемоглобина¹
- **Улучшенное** всасывание железа²
- **Уникальная технология** Дурулес с замедленным высвобождением железа для повышения переносимости терапии²

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА Сорбифер Дурулес
ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ: Сорбифер Дурулес. РЕГ. УД. П. №011414.01. **ГРУППИРОВАННОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:** Железо сульфат + (Аскорбиновая кислота). **Фармакотерапевтическая группа:** железо препарат + витамин. КОД АТХ: B03AA07. **ПОКАЗАНИЯ:** Железодефицитная анемия, профилактика и лечение. Состояние, сопровождающееся дефицитом железа. Профилактика дефицита железа при беременности, лактации и у доноров крови. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных веществ. Патологические процессы, сопровождающиеся повышенным отложением железа (например, гемохроматоз, гемохроматоз). Регулярно проводимое переливание крови. Другие виды анемии, не связанные с дефицитом железа (гемолитическая, гемолитическая анемия, талассемия, мегалобластная анемия) или обусловленные нарушенной утилизацией железа (сидерозическая анемия, анемия, вызванная отравлением свинцом). Стеноз пищевода, кишечная непроходимость или обструктивное заболевание ЖКТ, острое кровотечение из ЖКТ. Совместное применение стандартными препаратами железа. **Состояния, связанные с аскорбиновой кислотой:** гипероксалурия, оксалатные камни в почках. **Тромбофилия:** склонность к тромбозам. **Детский возраст:** до 12 лет (ввиду отсутствия клинических данных). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания кишечника (энтерит, дивертикулит, колит, болезнь Крона), Почечный возраст пациента (в связи с отсутствием адекватных клинических данных). Заболевание печени (в связи с отсутствием адекватных клинических данных), острые инфекционно-воспалительные процессы (см. раздел «Способ применения»). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:** Таблетки для приема внутрь. Таблетку нельзя делить, разжевывать, держать во рту или рассасывать. Таблетку следует проглотить целиком и запить водой. Таблетку можно принимать до или во время еды, в зависимости от индивидуальной переносимости ЖКТ. **Нельзя** принимать таблетки в положении лежа. **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:** **Нарушения со стороны крови и лимфатической системы:** гемоксигенизация, эритроцитоз, эритроцитозная полициемия или подерганная полициемия. **Нарушения со стороны иммунной системы:** гиперчувствительность, крапивница, ангионевроз. **Нарушения со стороны нервной системы:** головная боль, головокружение, слабость, раздражительность. **Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения:** отек гортани, боль в горле. **Нарушения со стороны ЖКТ:** тошнота, боль в животе, запор, диарея, изменение стула, диспепсия, рвота, газы, изжога, повышение кислотности желудка, стеноз пищевода, метеоризм, окрашивание зубов (при неправильном использовании таблеток), язва в полости рта. **Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:** кожная сыпь, зуд. **Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей:** при применении в высоких дозах — гипероксалурия и формирование оксалатных почечных камней. **Общие расстройства и нарушения в месте введения:** ощущение жара.

1. Дворецкий Л.И. Сравнительная эффективность железосодержащих препаратов у больных железодефицитной анемией. Клинист № 1/2007.
 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Сорбифер Дурулес (Железо сульфат + Аскорбиновая кислота) (английский язык).
 revision and control. A quad for program managers. Geneva: WHO (2001). (http://www.who.int/nutrisona/ru/ukactions/mvhd_usessment_evaluation_control.pdf). last accessed Sept 9, 2015.

Организация, принимающая претензии потребителей: 000 «ЭГИС-РУ»
 121552 г. Москва, ул. Ярецкая, д. 19, блок В, 13-й этаж. Тел.: (495) 363-39-66, факс: (495) 789-66-31
 E-mail: moscow@egis.ru, https://ru.egis.health/

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

женщинам с тяжелой анемией и притуплением эритропоэза из-за инфекции и/или воспаления можно рассмотреть возможность дополнительного введения рекомбинантного человеческого эритропоэтина. Переливание крови должно быть ограничено теми женщинами, у которых развилась нестабильность кровообращения из-за послеродового кровотечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Практикующим акушерам-гинекологам необходимо уделять внимание выявлению и своевременному лечению не только ЖДА, но и ЛДЖ, и не только у беременных, но и у женщин в послеродовом периоде для сохранения здоровья и качества жизни матерей и их детей.

Список литературы находится в редакции
 2000001214640 от 15.06.2022

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Читатели о нашей газете

Газета «Акушерство и гинекология сегодня» выходит уже четвертый год. За это время она приобрела много поклонников и постоянных читателей. Наша миссия — предоставление практикующим акушерам-гинекологам и врачам смежных специальностей доступным языком информации обо всем новом, происходящем в акушерстве и гинекологии: новых исследованиях, обновленных клинических рекомендациях, передовом врачебном опыте, мнениях опинион-лидеров и советах экспертов. Концентрированная подача информации в газете дает возможность осветить большее количество тем при меньшем объеме, что делает ее интересной широкому кругу читателей, а полученные новые знания позволяет применять на практике. Одна из наших читательниц написала: «Меня привлекли в вашем издании обучающие моменты, клинические разборы, современные исследования, мини-статьи с интересными фактами. Особенно то, что это сопровождается “живой” подачей



В ЯНВАРЕ ЭТОГО ГОДА МЫ ПРОВЕЛИ ОПРОС СРЕДИ НАШИХ ЧИТАТЕЛЕЙ. ВОТ ЧТО ОНИ ОТВЕТИЛИ:



материала. Нравится инфографика, алгоритмы — это то, что надо».

Наиболее интересные и полезные материалы из последних номеров, по мнению наших читателей: «Беременность и COVID-19» (Габитова Н.А.), «Парадоксы бактериального вагиноза» (Дикке Г.Б.), «Синдром Свайера» (Остроменский В.В.), «Рак шейки матки и беременность» (Бибнева Т.Н.), «Ошибки терминологии в медицинской литературе» (Дикке Г.Б.), «Беременность в рубце на матке» (Плотко Е.Э.).

Читатели назвали также интересующие их темы, которые мы непременно раскроем в следующих выпусках нашего издания.

И, конечно, нас порадовали ваши отзывы: «Однозначно газета нужна! Журналов много, а газет, наверное, нет», «Нравится и объем газеты, и статьи высокого уровня», «Благодарю за доступность!», «Мне нравится ваша газета — она как глоток свежего воздуха», «Хотелось бы, чтобы газета выходила почаще».

Благодарим всех участвовавших в опросе. Ваше мнение для нас очень важно. Работая для вас, мы растем вместе с вами.

Приверженность к комбинированным оральным контрацептивам можно повысить, управляя побочными эффектами

Гормональная контрацепция (ГК) — выбор современной женщины. Однако низкая приверженность к ГК является отличительной чертой контрацептивного поведения. Тому есть несколько причин, которые следует учитывать врачу при консультировании пациенток.

Г.Б. Дикке

ОТ ИДЕИ К СОВЕРШЕНСТВУ

Благодаря разработкам биолога Грегори Пинкуса первая гормональная таблетка, подавляющая овуляцию, была разрешена FDA в качестве контрацептива в 1960 г. Это событие внесло существенные перемены в экономику, общественную и частную жизнь сотен миллионов человек.

Однако в 1970-е «вопрос о таблетках» получил широкий общественный резонанс в связи с риском венозной тромбоземболии (ВТЭ). Решение этих проблем привело к уменьшению дозы этинилэстрадиола (ЭЭ) и смене прогестагенного компонента с меньшим влиянием на метаболизм организма. Первый низкодозированный препарат, содержащий 30 мкг ЭЭ и 150 мкг левоноргестрела (ЛНГ), стал применяться с 1973 г., а вскоре, в 1979 г., появился трехфазный препарат, доза гормонов в котором была еще ниже.

Синтез «метаболически нейтральных» гестагенов третьего поколения — норгестимата, дезогестрела (ДЗГ) и гестодена — открыл новую страницу в истории ГК [1]. И сегодня трехфазный КОК с ДЗГ занимает самое «почетное место» в ряду современных КОК. Даже снижение дозы ЭЭ в монофазных препаратах до 15–20 мкг не прибавило им преимуществ в плане снижения риска ВТЭ или уменьшения частоты побочных эффектов. А введение в КОК гестагена четвертого поколения — дроспиренона (ДРСП) — позволило использовать его антиминералокортикоидный эффект в терапевтических целях, но в отношении надежности контрацепции, нежелательных явлений и контроля менструального цикла действие его оказалось аналогичным ДЗГ [2].

ПРЕИМУЩЕСТВА ТРЕХФАЗНЫХ КОК

Разработка фазовой структуры КОК преследовала две цели: снижение общей гормональной нагрузки на один цикл и имитация гормональных колебаний естественного менструального цикла, что вполне удалось исследователям. В результате в настоящее время доступны три варианта таких КОК (рис. 1).

Дезогестрелсодержащий трехфазный КОК содержит самую низкую суммарную дозу ЭЭ (665 мкг) среди остальных трехфазных КОК, представленных на российском рынке, и единственный из этих КОК соответствует критериям низкодозированности (≤ 35 мкг). При этом трехфазный КОК, содержащий ДЗГ, выгодно отличается от монофазного ДЗГ-содержащего КОК тем, что общая доза прогестагена в нем ниже на 33 % [3].

Исследование, проведенное в 40 исследовательских центрах США и Канады с участием 1095 женщин, использовавших ДЗГ-содержащий трехфазный КОК в течение 11 231 цикла, продемонстрировало высокую надежность контрацепции, соответствующую индексу Перля 0,23 (неудачи метода) и 0,46 (неудачи пользователей), и характеризовалось низкой частотой нерегулярных кровотечений (3,3 % в первом цикле со снижением до 2,3 % к 12-му циклу), отсутствием влияния на физиологические показатели и отличной приемлемостью (частота отказов — 2,6 % по причине нежелательных явлений) [4]. Выбывание из исследований из-за нерегулярного кровотечения, по данным разных исследований, варьировалось от 1,5 до 1,8 % [4, 5].

Важно отметить, что активным метаболитом ДЗГ является 3-кетодезогестрел, обладающий высоким сродством к прогестероновым рецепторам и селективностью, благодаря чему он не обладает андрогенной активностью и не имеет иного гормонального влияния [1]. Более того, было показано, что КОК, содержащий ДЗГ, значительно уменьшает концентрацию андрогенов: 3- α -андростендиола глюкуронида, андростендиона, дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-С) и свободного тестостерона [6] — и оказывает действие на себорею и акне. Анализ выделения кожного сала показал, что воздействие трехфазного КОК с ДЗГ на кожу зависит от области лица — по сравнению с плацебо он оказывал статистически значимое влияние на щеки (относительное снижение на 60 %) и умеренное влияние на область лба (относительное снижение на 30 %) [7].

(в качестве трехфазных КОК изучались комбинации ЭЭ с ЛНГ, гестоденом, норгестиматом) [10]. Это объясняется особенностями механизма стабилизации менструального цикла.

ДЗГ по сравнению с ЛНГ обладает большим аффинитетом к рецепторам прогестерона (260 против 135 % соответственно) и способствует стабилизации эндометрия в 9–21-й дни цикла, а содержание ЭЭ в дозе 35 мкг в первые 7 дней цикла способствует лучшему торможению роста фолликулов, обеспечивает пролиферативные изменения в эндометрии, и в целом доза ЭЭ не превышает рекомендуемую (не более 35 мкг) [11]. Хотя ДЗГ-содержащий трехфазный КОК содержит самую низкую дозу ЭЭ из всех доступных трехфазных препаратов, снижение также дозы прогестагена по сравнению с монофазной формой

Таблица 1. Ведение женщин с межменструальными кровотечениями при использовании КОК в циклическом режиме

Тип управления	Пояснения
Оценить причину АМК	Возможно, АМК не связаны с приемом КОК или обусловлены пропуском таблеток
Начинающим: заверить пациента, что кровотечения прекратятся через 3–4 цикла	Убедить в отсутствии влияния на контрацептивную эффективность и здоровье
Увеличить дозу этинилэстрадиола	Максимум до 35 мкг (50 мкг ЭЭ играют минимальную роль, но повышают риск серьезных побочных эффектов)
Изменить тип прогестагена с уменьшением общей дозы на цикл	Дезогестрел (трехфазный)
Изменить путь введения ГК	Влагалищное контрацептивное кольцо
Изменить метод контрацепции	Негормональный

АМК — аномальное маточное кровотечение
Адаптировано из: Grossman B.N. [15] и Foran T. [16]

Аналогичные результаты были получены в исследовании В.Н. Прилепской и соавт. в отношении уменьшения себореи и акне, где субъективные оценки показали, что после одного, трех и шести циклов 69, 93 и 98 % женщин соответственно были удовлетворены или очень довольны [8]. Kränzlin H.T. et al. измерили величину отделяемого кожного сала и количество активных фолликулов на лице, отметив статистически значимое их уменьшение под влиянием трехфазного КОК с ДЗГ ($p = 0,01$ и $p = 0,03$ соответственно) [9].

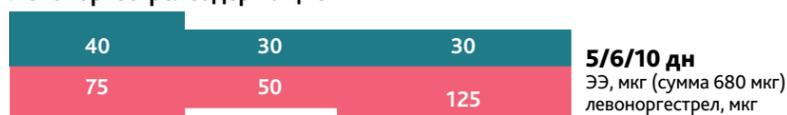
Трехфазные КОК характеризуются меньшей частотой межменструальных кровотечений (в 2 раза) и аменореи (в 3 раза) по сравнению с иными КОК

позволяет поддерживать сравнимый контроль цикла [3].

ПРАВИЛО ПЕРВОГО ВЫБОРА

Выбор КОК для начинающих пользователей в настоящее время достаточно широк и должен определяться индивидуально, с учетом возраста, анамнеза и гинекологического статуса [ACOG, 2022]. Сегодня с уверенностью можно сказать, что риск серьезных нежелательных явлений, таких как ВТЭ, артериальной тромбоземболии, неблагоприятных исходов беременности, онкологических заболеваний и др. не отличается между КОК с гормональным режимом 21/7 или 24/4, содержащими 20 или 30 мкг ЭЭ, и не зависит от типа гестагена [12].

Левоноргестрелсодержащие



Дезогестрелсодержащие

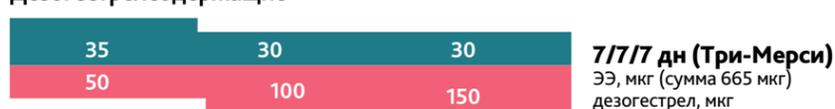


Рисунок 1. Трехфазные комбинированные оральные контрацептивы

Микробиота влагалища и инфекции мочевыводящих путей

Ключевым анатомическим участком в патогенезе инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у женщин является влагалище. Изменение характеристик вагинальной микрофлоры за счет потери лактобактерий, которые играют большую роль в подавлении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, повышает риск ИМП. Вмешательства, направленные на снижение неблагоприятного воздействия на микробиоту влагалища и восстановление лактобактерий, могут снизить этот риск.

Г.Б. Дикке

НОВЫЕ ОТКРЫТИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются распространенной проблемой на протяжении всей жизни женщины. Предполагаемый пожизненный риск ИМП у женщин составляет 60 % [Stapleton A.E., 2016]. Первоначальный пик заболеваемости приходится на возраст около 20 лет (30 на 1000), в последующие годы она несколько снижается, а затем неуклонно увеличивается, начиная с позднего репродуктивного возраста и достигая максимума (125/1000) к 80 годам [Laupland K.V. et al., 2007]. В России ежегодно регистрируют 26–36 млн случаев цистита.

Целый ряд исследований, проведенных в предыдущие десятилетия и проанализированных в систематическом обзоре 2014 года (64 исследования), продемонстрировали значимую роль *Lactobacillus spp.*, продуцирующих перекись водорода (*L. crispatus* и *L. jensenii*), в поддержании «здоровья» влагалища и мочевыводящих путей [van de Wijert J.H. et al., 2014]. Показано, что женщины со сниженным относительным количеством или полным отсутствием лактобактерий подвергаются повышенному риску различных урогенитальных заболеваний, включая бактериальный вагиноз, ВИЧ-инфекцию и инфицирование *Neisseria gonorrhoeae*, а также колонизации *Escherichia coli* — наиболее частой причины ИМП у женщин.

Недавние успехи в анализе микробных сообществ, колонизирующих организм человека, выявили резидентное микробное сообщество в мочевыводящих путях (МВП), которое по сравнению со многими другими микробными нишами имеет относительно низкую биомассу. Исследования выявили множество родов и видов, которые могут составлять основной микробиом МВП, однако, по мнению Neugent M.L. (2020), его вклад в патобиологию ИМП еще не совсем ясен.

Новые данные свидетельствуют о том, что дисбактериоз влагалища может способствовать частому рецидивированию ИМП, в то время как нарушения микробиома мочевыводящих путей предшествуют развитию ИМП [Me trovi T. et al., 2021]. Показано, что с рецидивами ИМП связано присутствие *Gardnerella vaginalis* и некоторых других условно-патогенных микроорганизмов в моче, составляющих основную долю микробиоты, в отличие от контроля (рис. 2) [Yoo J.-J. et al., 2022].

и IL-6 значительно выше при бактериальном вагинозе. Было показано, что IL-1 β , IL-6 и IL-8 в небольших концентрациях, обнаруженные у здоровых женщин, стимулируют рост нормальной микрофлоры (*Lactobacillus spp.*) и подавляют образование биопленок *Staphylococcus aureus* и *Escherichia coli*. Напротив, эти же цитокины в высоких концентрациях, характерных для дисбиоза влагалища, подавляют нормальную микрофлору и стимулируют рост условно-патогенных микроорганизмов [Hedge S.R. et al., 2006].

Результаты, полученные в проведенном нами исследовании среди женщин с дисбиозом влагалища, совпадают с вышеприведенными сведениями — высокими значениями (в 1,5 раза выше нормальных) отличались все изученные провоспалительные цитокины (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8 и TNF- α), что свидетельствует об активации иммунитета и воспалительной реакции в ответ на инфекцию [Дикке Г.Б. с соавт., 2021]. В этом же исследовании высокие результаты лечения пациенток, страдающих сочетанными дисбиозами бактериально-вирусной этиологии, были достигнуты с применением этиотропного лечения и средства локальной цитокинотерапии Суперлимф (суппозитории вагинальные по 10 МЕ в течение 20 дней). У 100 % пролеченных пациенток произошла элиминация инфекционных возбудителей с нормализацией баланса про- и противовоспалительных цитокинов, что привело к 90-процентному клиническому выздоровлению и отсутствию рецидивов заболевания на протяжении периода наблюдения (12 мес). Отмечено также статистически значимое снижение вирусовыделения ВПГ-2 с 80 до 42 % ($p < 0,001$).

Эффективность применения локальной цитокинотерапии в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом была оценена И.А. Аполихиной с соавт. (2019) в проспективном рандомизированном исследовании. Суперлимф применяли ректально по 1 суппозиторию (25 ЕД) 1 раз в сутки в течение 20 дней в первой группе, другая группа (Суперлимф не применяли) служила контролем. В качестве антибактериального препарата в обеих группах использовался фосфомицин трометамол (3 г однократно на ночь). В результате проведенного лечения отмечались значительное снижение клинической симптоматики (уменьшение на 24,6 \pm 3,7 балла по опроснику ACSS), а также уменьшение лейкоцитурии

На протяжении жизни острый цистит переносят 20–25 % женщин, у каждой третьей из них в течение года возникает рецидив заболевания, а у 10 % он переходит в хроническую рецидивирующую форму

Начальным этапом патогенеза ИМП является колонизация входа во влагалище и периуретральной зоны уропатогенами из кишечника с последующим их восхождением через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь, а иногда и в почки. Показано, что у женщин вагинальные бактерии играют ключевую роль в патогенезе ИМП, в то время как кишечная микробиота является основным источником бактериальных штаммов, ответственных за развитие заболевания, что демонстрируют перекрестные взаимосвязи этих двух ниш (рис. 1) [Meštrović T. et al., 2020].

Предполагаемые механизмы, с помощью которых лактобактерии могут предотвращать колонизацию влагалища уропатогенами, включают конкурентное исключение за счет прикрепления видов *Lactobacillus* к уроэпителиальным клеткам, снижение pH влагалища за счет продукции молочной кислоты, производство бактериоцинов, поверхностно-активных веществ и других антимикробных веществ и, наконец, производство H₂O₂. Сама по себе перекись водорода оказывает бактерицидное действие на многие виды бактерий, и ее активность в 10–100 раз выше, когда она сочетается с анионом хлора и миелопероксидазой (оба находятся во влагалище), в том числе в отношении *E. coli* [Stapleton A.E., 2016]. Канадское исследование показало, что микробиота влагалища женщин с рецидивирующей ИМП демонстрирует уменьшенный состав лактобактерий, напоминающий бактериальный вагиноз [Kirjavainen P.V. et al., 2009], при этом риск колонизации *E. coli* возрастает в 5 раз. Данные исследования женщин с рецидивирующей ИМП в пременопаузе показали, что только у 50 % из них во влагалище присутствуют лактобактерии, продуцирующие H₂O₂ [Hooton T.M. et al., 2005].

Истощению полезных лактобактерий способствуют гипоэстрогенные состояния, использование спермицидных контрацептивов (ноноксинол-9), применение противомикробных препаратов.

У женщин вагинальные бактерии играют ключевую роль в патогенезе ИМП. Роль собственного микробиома мочевыводящих путей в патогенезе ИМП еще до конца не ясна

Таким образом, знание факторов, влияющих на микробиоту как влагалища, так и мочеполового тракта, является ключом к пониманию патогенеза ИМП и разработке мер профилактики.

ИММУННАЯ СИСТЕМА И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Клиническими рекомендациями общества урологов «Цистит у женщин» (2021) пациенткам с частыми рецидивами бактериального цистита рекомендуется с целью иммунопрофилактики назначение лиофилизированного лизата бактерий *Escherichia coli* по 1 капсуле 1 раз в день в течение 3 мес.

В последние годы исследователи большое значение в запуске иммунного ответа при различного рода инфекциях придают цитокинам, которые представляют собой регуляторные белки, действующие паракринным или аутокринным образом при пикомолярных концентрациях. Установлено, что по сравнению с женщинами с нормальной флорой уровни IL-1 β , TNF-

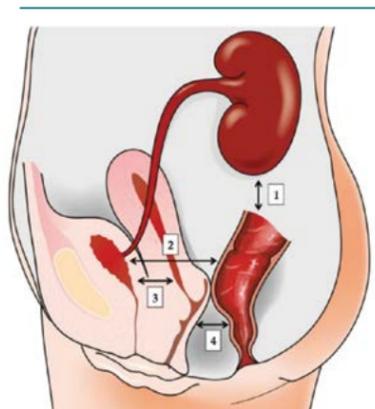
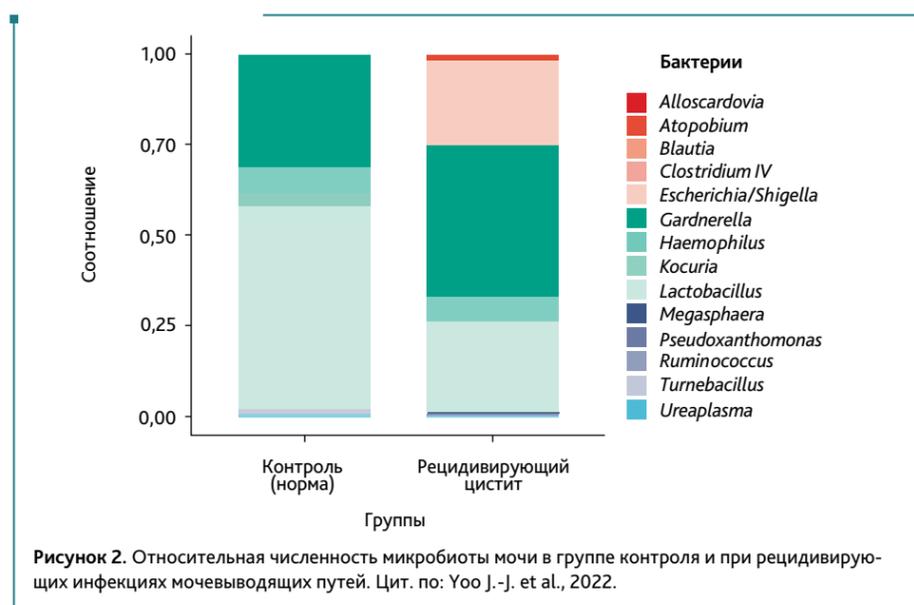


Рисунок 1. Двусторонняя связь между кишечником, мочевыводящими и половыми путями: 1 — ось «кишечник — почка» (роль в этиологии заболеваний почек); 2 — ось «кишечник — мочевой пузырь» (связь между «кишечными уропатогенами» и развитием ИМП); 3 — ось «влагалище — мочевой пузырь» (вагинальный дисбактериоз как резервуар для кишечной палочки); 4 — ось «кишечник — влагалище» (влияние дисбактериоза кишечника на местную вагинальную среду). Цит. по: Meštrović T. et al., 2020.



по данным общего анализа мочи и нормализация флоры мочи в сравнении со второй группой (на $13,1 \pm 4,9$ балла), находившейся на монотерапии ($p < 0,001$). По данным проведенного исследования, после терапии в первой группе значительно уменьшилась доля патогенной и условно-патогенной

микрофлоры по сравнению с исходными данными.

Суперлимф — средство, в состав которого входят природные цитокины в необходимой концентрации (IL-1, IL-6), фактор ингибирования миграции макрофагов (macrophage migration inhibitory factor,

MIF), TNF- α , трансформирующий фактор роста бета (transforming growth factor beta, TGF- β) и примеси некоторых других цитокинов, хемокинов и антимикробных пептидов в небольшом количестве. Средство обладает модулирующим действием, а именно приводит к усилению функциональной активности клеток иммунной системы в случае недостаточности механизмов их активации при снижении выработки собственных цитокинов, и, наоборот, при их избыточности и гиперактивности дополнительная доза цитокинов подавляет их продукцию и вызывает нормализацию деятельности иммунных клеток.

Суперлимф содержит комплекс экзогенных природных цитокинов и оказывает иммуномодулирующее действие, что способствует снижению частоты рецидивов инфекций урогенитального тракта

Современный алгоритм диагностики и лечения неосложненного цистита у женщин, разработанный Т.А. Тетериной и И.А. Аполихиной (2020), содержит рекомендацию о применении препарата Суперлимф (25 МЕ 1 раз в сутки ректально) в течение 20 дней при лечении острого эпизода цистита и далее для профилактики рецидивов в той же дозе повторными курсами по 10 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, кишечник, влагалище и мочевого пузыря представляют собой три анатомических участка, совместно участвующих в патогенезе ИМП, при этом резидентная микробиота либо служит потенциальным резервуаром уропатогенных бактерий, либо защищает от потенциальной причины ИМП. Вот почему необходимо пересмотреть наш подход к оценке образцов мочи со смешанным микробным ростом, что потребует сдвига парадигмы в определении новых диагностических методов и алгоритмов лечения и профилактики ИМП.

Список литературы находится в редакции

ОПРОС

Слагаемые женского счастья

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) и «Гедеон Рихтер» представили результаты седьмого ежегодного исследования «Индекс женского здоровья». В опросе приняли участие 1248 женщин в возрасте 18–45 лет, проживающих в разных регионах нашей страны. У россиянок спрашивали об их репродуктивных планах и составляющих женского счастья.

На момент проведения опроса 65 % респонденток уже являлись матерями: 27 % имели одного ребенка, 28 % — двоих детей, 8 % — троих, 2 % — четырех и более. Всего же о двух детях мечтают 39 % опрошенных, о трех — 28 %, ограничиться одним ребенком намерены 12 %. При этом россиянки с детьми в возрасте от 35 до 45 лет хотели бы иметь больше детей, чем уже имеют, — в этом признались 46 % респонденток.

В ближайшие пять лет рождение детей планируют 29 % участниц опроса, 21 % воздержались от ответа, а 7 % заявили, что материнство вообще не входит в их планы.

ЧТО ОСТАНАВЛИВАЕТ ЖЕНЩИН В РОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ?

Среди причин, по которым россиянки не спешат обзаводиться потомством, чаще всего назывались материальное положение и жилищные условия (39 %), а также отсутствие стабильности в жизни (38 %). Треть всех опрошенных не планируют в ближайшие годы рождение детей, потому что они у них уже есть (37 %), а 17 % сослались на проблемы со здоровьем.

Еще одна распространенная причина отказа от материнства — «не тот возраст». Наибольший процент таких женщин был зафиксирован в возрастной группе 35–45 лет: почти половина из них уверены, что рожать уже поздно. Велика доля и молодых (18–24 года), которые считают, что их возраст неподходящий для деторождения, — таковых набралось 40 %.

Что еще заставляет женщин отказываться от материнства? Ответы «это помешает карьере» и «нет серьезных отношений» выбрали по 9 % опрошенных, «муж/партнер не хочет детей» — 5 %.



92 % россиянок выбрали оценку от 7 до 10 по шкале удовлетворенности материнством, причем 46 % поставили максимально высокую оценку — 10, что означает «абсолютно счастлива»

КАК МАТЕРИНСТВО СВЯЗАНО С ЖЕНСКИМ СЧАСТЬЕМ?

Рождение ребенка респондентки каждой из возрастных групп ассоциируют в первую очередь с ответственностью за его жизнь и здоровье (65 % опрошенных). Однако это уравновешивается счастьем и радостью от появления малыша (58 %), обретением смысла жизни в ребенке (32 %) и ощущением полноценности семьи (30 %). Женщины, не имеющие детей, предполагают, что рождение ребенка принесет им радость (51 %), но вместе с тем ограничит их свободу и возможности в пользу интересов ребенка (23 %), наложит дополнительное материальное бремя (24 %), а также может негативно сказаться на их здоровье и внешнем виде (13 %).

Тем не менее россиянки счастливы быть мамами: 92 % из них выбрали оценку от 7 до 10 по шкале удовлетворенности материнством, причем 46 % поставили максимально высокую оценку — 10, что означает «абсолютно счастлива». При этом женщины с детьми ощущают себя более счастливыми по сравнению с бездетными (в среднем 6,75 и 5,67 балла соответственно).

Наиболее распространенными слагаемыми женского счастья в представлении опрошенных являются семья (крепкая, дружная, большая) и дети. Эти варианты разделили первую строчку и были названы практически каждой пятой участницей опроса. Следующими по популярности компонентами счастья идут материальное благосостояние (отметили 16 % опрошенных), здоровье близких (15 %) и гармония в отношениях с партнером/супругом (15 %). И только каждая десятая опрошенная говорила о невозможности быть счастливой без самореализации, работы или дела, приносящих удовольствие, ощущения себя любимой.

Сайт на законных основаниях

Руководителю клиники, как и лицу, ответственному за сайт, важно знать, что проверки прокуратуры, Роспотребнадзора, Росздравнадзора и Федеральной антимонопольной службы начинаются с детального изучения сайта медицинской организации. Разберем, каким требованиям он должен отвечать с точки зрения закона.



Людмила
Олеговна
МАТВИЕНКО

Почетный адвокат России, советник президента Гильдии российских адвокатов по информационной политике, эксперт Высшей школы организации и управления здравоохранением

НАПОЛНЕНИЕ САЙТА

Регулируется приказом Минздрава РФ № 956н и приложениями к нему. Контент сайта медицинской организации¹ должен включать:

1. Сведения о медицинской организации с полной информацией о ее деятельности, режимом и графиком работы.
2. Адреса и контактные телефоны органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
3. Список медицинских работников организации с указанием занимаемой должности и образования.

ТРЕБОВАНИЯ ЗАКОНА О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Любой сайт должен соответствовать закону «О персональных данных» № 152-ФЗ, то есть содержать утвержденное руководителем «Положение о политике в области обработки персональных данных», предусматривающее их

конфиденциальность, цели сбора, технические средства, используемые для соблюдения врачебной тайны. Если на сайте можно записаться на прием к специалисту, то при заполнении формы с внесением личных данных должно появиться окошко, где пользователь ставит галочку в знак согласия на их обработку.

ТРЕБОВАНИЯ ЗАКОНА О РЕКЛАМЕ

Содержание сайта должно соответствовать требованиям Федерального закона «О рекламе» № 38-ФЗ, в частности статьи 24 «Реклама лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг, методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, методов народной медицины».

Реклама лекарственных средств не должна:

1. Обращаться к несовершеннолетним.
2. Содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний в результате применения объекта рекламирования.
3. Содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования.
4. Создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования.
5. Содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья.
6. Способствовать созданию у здорового человека впечатления

о необходимости применения объекта рекламирования.

7. Создавать впечатление ненужности обращения к врачу.
8. Гарантировать положительное действие объекта рекламирования, его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий.
9. Представлять объект рекламирования в качестве биологически активной добавки и пищевой добавки или иного не являющегося лекарственным средством товара.
10. Содержать утверждения, что безопасность и (или) эффективность объекта рекламирования гарантированы его естественным происхождением.

Требования пунктов 2–5 распространяются также на рекламу медицинских услуг, в том числе методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (ч. 3 в ред. Федерального закона от 25.11.2013 № 317-ФЗ). Требования пункта 6 не распространяются на рекламу лекарственных препаратов, применяемых для профилактики заболеваний (в ред. Федерального закона от 23.07.2013 № 200-ФЗ)

Рекламу лекарственных препаратов, медицинских услуг следует сопровождать предупреждением о наличии противопоказаний, необходимости ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов. В рекламных видеороликах продолжительность такого предупреждения должна быть не менее 5 секунд и под него должно быть отведено не менее 7 %, а в рекламе, распространяемой другими способами, — не менее 5 % рекламной площади.

НАРУШЕНИЯ И НАКАЗАНИЕ

За нарушение требований к оформлению сайта медицинская организация либо ее руководитель могут быть привлечены к административной ответственности в виде штрафов, а сайт заблокирован.

ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ

Следует обратить внимание, что приказ Министерства здравоохранения № 956н в части, обязывающей организацию размещать отзывы потребителей, противоречит закону о рекламе в части запрета на размещение благодарностей физическими лицами и историй исцеления. Поэтому моя рекомендация — отказаться от размещения отзывов на сайте с возможностью для пациентов обратиться к руководству или администратору через формы обратной связи. К тому же отзывы носят слишком прямой рекламный характер.

Пример ненадлежащей рекламы

На сайте организации, представляющей товары для женского здоровья, посетителям предлагалось пройти тест и узнать, какой из методов контрацепции является наиболее оптимальным, исходя из выбранных ими ответов об образе жизни, предпочтениях и т.п. При этом в результатах теста в большинстве случаев фигурировало одно и то же средство контрацепции. Несмотря на то что конкретный бренд контрацептива не был поименован, данная информация является косвенной рекламой, поскольку представляет активное вещество, МНН которого зарегистрировано в РФ только у единственного производителя.

Подобные практики несут в себе определенные риски признания данной информации ненадлежащей рекламой. Реклама может быть признана ненадлежащей и при наличии некорректной, не соответствующей действительности сравнительной характеристики объекта рекламирования с товарами конкурентов.

Источник: «Корпоративный юрист»
<https://www.pgplaw.ru/>

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

Медицинская организация может успешно использовать свой электронный ресурс, если изберет политику открытости и лояльности.

Рекомендую разместить на сайте форму договора об оказании медицинской помощи, информированное добровольное согласие на основные виды помощи, правила внутреннего распорядка в учреждении, стандарты оказания медицинской помощи, положение о врачебной комиссии, внутренние приказы, правила поведения для посетителей. Сайт также может служить порталом для онлайн-консультаций, просветительской деятельности, иметь личные кабинеты пользователей, сотрудников.

К сказанному выше хочется добавить, что сейчас популярны минималистичные сайты с ясной и предельно простой навигацией. Если бюджет организации позволяет, то хорошо использовать оригинальные профессиональные фотографии, где отображены сотрудники клиники, интерьеры, для остального можно использовать оригинальную графику или художественные изображения. Использование уникальных изображений и статей будут автоматически поднимать сайт в поисковых системах и позволит существенно сэкономить рекламные средства.

NB! NOTA BENE!

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

баллы НМО

- ✓ Ознакомьтесь с расписанием и программами
- ✓ Зарегистрируйтесь для участия
- ✓ Смотрите видеозаписи мероприятий

<https://notabene.su>

Институт Превентивной и Социальной Медицины | АБВ ПРЕСС ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ | STRESS UNDER CONTROL | АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

¹ С полным списком требований к контенту сайта медицинской организации можно ознакомиться normativ.kontur.ru

Кесарево сечение. Новое о старом. Иллюстрированное практическое руководство

Под ред. Джан Карло Ди Ренцо, Антонио Мальвази
2021. 368 с.
ISBN: 978-5-9704-5993-5

Созданная несколько лет назад европейскими коллегами под руководством вице-президента FIGO Джана Карло Ди Ренцо и переведенная на многие языки книга стала доступна и в России. Авторизованный перевод расширен комментариями для российского читателя.

Книга интересная, полезная в реалиях современной жизни.

Адресована студентам медицинских вузов, клиническим ординаторам и аспирантам, а главное — практикующим врачам, руководителям родовспомогательных учреждений и организаторам здравоохранения.



Эндометрий в репродукции. Оценка функции и возможности коррекции. Руководство для врачей

Под ред. И.Ю. Когана
2022. 480 с.
ISBN: 978-5-9704-6608-7

Настоящее руководство посвящено современным аспектам диагностики и возможности коррекции морфофункциональных нарушений эндометрия в репродуктивной медицине. Содержит актуальный материал, касающийся оценки транскриптома, протеома, липидома, гликома эндометрия. Изложены принципы использования гормональных, антибактериальных препаратов, физиотерапевтических мероприятий, рассмотрены перспективы клеточных технологий для коррекции нарушений функционирования эндометрия. Издание может быть полезно врачам акушерам-гинекологам, эндокринологам, патологоанатомам, ординаторам, студентам медицинских вузов.



Остеопатия в гинекологии. Практическое руководство

Клодин Ажерон-Марк,
Жан-Мари Мишлен
2022. 232 с.
ISBN: 978-5-905107-68-9

Многие остеопаты ежедневно сталкиваются в своей практике с пациентками, страдающими функциональными нарушениями в гинекологической сфере, при которых может быть полезно остеопатическое лечение. Эта книга содержит в себе опыт двух докторов остеопатии. Клодин Ажерон-Марк, двадцатилетний опыт которой позволил ей применять остеопатические принципы в области гинекологии, и Жана-Мари Мишлена, ученика Дэниса Брукса, который применил нейровегетативный подход к гинекологической сфере.



ОТДОХНИ



Выбор главного редактора профессора Галины Борисовны Дикке

Пассажиры

Канада, США, 2008
Жанр: драматический триллер
Режиссер: Родриго Гарсиа
Главные роли: Энн Хэтэуэй, Патрик Уилсон



Молодая психотерапевт Клэр Саммерс назначена куратором группы людей, выживших в авиакатастрофе. Во время сеансов групповой терапии они пропадают один за другим, что приводит девушку к мысли о том, что авиакомпания убирает свидетелей, скрывая истинные причины крушения. Пытаясь выяснить, что происходит, Клэр собирает информацию об авиакомпании и узнает, что это уже не первый случай... Концовка фильма совершенно неожиданна.



Выбор профессора Ирины Ивановны Кукарской

Евгений Водолазкин «Лавр. Неисторический роман»

Используя интонации древнерусских текстов, Водолазкин причудливо смешивает разные эпохи и языковые стили, даря читателю не гербарий, но живой букет. Герой романа — средневековый врач. Обладая даром исцеления, он тем не менее не может спасти свою возлюбленную и принимает решение пройти земной путь вместо нее. Так жизнь превращается в житие. Он выхаживает чумных и раненых, убогих и немощных, и чем больше жертвует собой, тем очевиднее крепнет его дар. Но возможно ли любовью и жертвой спасти душу человека, не сумев уберечь ее земной оболочки?



7-10
сентября
2022 года

Сочи Гранд-отель «Жемчужина»,
Зимний театр

XVI Общероссийский семинар
«Репродуктивный потенциал России:
ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

МАРС

РУДН

СПбГМУ

Минздрав

StatusPraesens
profimedia

SP spnavigator

Минздрав

ЖЕМЧУЖИНА

Зимний театр



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

info@praesens.ru
praesens.ru

praesensaig
praesens

Реклама

Акушерство
и гинекология

2 (14) / 2022

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом
«АБВ-пресс»

Генеральный директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Дикке Галина Борисовна

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ
И УЧРЕДИТЕЛЯ

115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19

www.abvpress.ru
abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

Типография
ООО «Юнион Принт»
г. Нижний Новгород,
Окский съезд, 2, к. 1

Заказ № 221499

Тираж 10 800 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-74579 от 14.12.2018.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

★ Бесплатная подписка на газету | <http://abvpress.ru/registration>

Акушерство и гинекология

сегодня



ИЗДАЕТСЯ
С 2019 ГОДА

Актуальная информация от ведущих специалистов о новых достижениях и подходах к акушерской и гинекологической помощи, разбор клинических случаев, юридическая помощь для врачей



ВЫШЛО

14

НОМЕРОВ

ОПУБЛИКОВАНО

БОЛЕЕ

150

СТАТЕЙ

СОДЕРЖАНИЕ

- Алгоритмы лечения и диагностики
- Практический опыт экспертов
- Опыт использования лекарственных средств
- Обзоры клинических рекомендаций
- Дискуссионные вопросы

ПОЧЕМУ ГАЗЕТА

- Приближаем науку к читателю!
- Материалы в газетах доступны для восприятия и ориентированы на врача-практика
- Все статьи основаны на серьезных исследованиях и научных публикациях



РАСПРОСТРАНЕНИЕ



Профильные мероприятия и выставки



Мобильное приложение



Электронные рассылки по базе врачей



www.abvpress.ru

www.medvedomosti.media

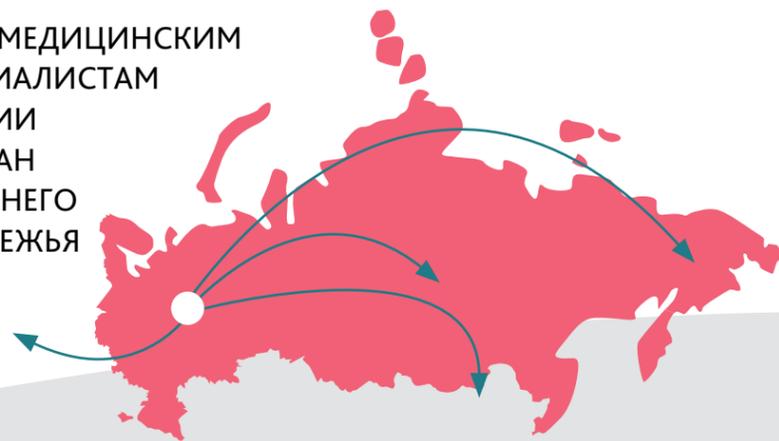
НАШИ ЭКСПЕРТЫ

Т.Н. Бебнева | Н.А. Габитова
Е.Ю. Глухов | И.В. Кузнецова
Е.Ю. Лебедеко | В.В. Остроменский
Е.Э. Плотко | В.Н. Прилепская
О.А. Пустотина | А.А. Хрянин
Е.В. Шереметьева | Н.В. Шперлинг и др.



ИЗДАНИЕ ДОСТУПНО

ВСЕМ МЕДИЦИНСКИМ
СПЕЦИАЛИСТАМ
РОССИИ
И СТРАН
БЛИЖНЕГО
ЗАРУБЕЖЬЯ



ФОРМАТ: 280 x 420 мм (А3) | ОБЪЕМ: 12–20 полос | ТИРАЖ: 10 800 экз.
ПЕРИОДИЧНОСТЬ: 4–6 выпусков в год

НАШИ ПАРТНЕРЫ:



- Всероссийский Конгресс с международным участием. «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы»
- Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии»
- Научно-образовательный форум «Мать и дитя»
- Межрегиональные научно-информационные конференции и вебинары по акушерству и гинекологии для практикующих врачей NOTA BENE!
- Центры репродукции и генетики «Нова Клиник»
- Клинический Госпиталь «Лапино»



8 (499) 929-96-19



info@abvpress.ru

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО — СООБЩЕСТВО
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

АБВ
ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ