



Тема
номера

Вызовы нового времени

Парадоксы
бактериального
вагиноза

с. 4

Контрацепция
в период
пандемии

с. 6

Синдром
раздраженного кишечника
у беременных

с. 7

Найдены
предикторы
времени родов

с. 8

ОТ РЕДАКЦИИ



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!

Появление новой коронавирусной инфекции поставило перед врачом акушером-гинекологом трудные задачи, связанные с быстрой диагностикой и клиническим ведением больных, в том числе беременных. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении COVID-19 ограничены. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением коронавируса является пневмония, у значительного числа пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома, нередки случаи тромбозомболических осложнений.

Заболевание быстрыми темпами распространилось по всему миру, и 11 марта 2020 г. генеральный директор ВОЗ объявил о пандемии коронавирусной инфекции. Доступная информация о ней в значительной степени базируется на фактических данных, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по контролю за заболеваемостью, в материалах по лечению и профилактике этой инфекции.

В настоящее время в России есть предпосылки к третьей волне коронавируса. Это показывает рост заболеваемости в Москве, как отмечают вирусологи. Сейчас особенно важно максимально быстро сформировать коллективный иммунитет с помощью вакцинации, чтобы исключить возможность роста заболеваемости, подчеркивают эксперты. Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко заявил, что людям не стоит ждать прихода третьей волны COVID-19, а идти на прививку прямо сейчас.

Вероятно, нам придется жить с этой инфекцией еще какое-то время. А потому мы собрали для вас наиболее значимую информацию по нашей специальности, которая является актуальной для каждого практикующего акушера-гинеколога.

Будьте здоровы!

АКТУАЛЬНО

Беременность и COVID-19

COVID-19 — не первая пандемия, которую переживает человечество. Однако опыт массовых заражений вирусными инфекциями заставляет нас сегодня в очередной раз обратить пристальное внимание на наиболее уязвимые категории населения, к которым, без сомнения, относятся беременные женщины.

ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА

Беременность — состояние физиологического иммунодефицита, и у женщин в период гестации логично ожидать более высокую предрасположенность к заражению инфекционными заболеваниями по сравнению с общими показателями среди населения. Однако в первые месяцы пандемии ученые из Китая, Италии и США публиковали весьма оптимистичные результаты: заболеваемость COVID-19 и ее последствия для беременных по их данным была ничуть не выше и не тяжелее по сравнению с небеременными. Но далее последовали публикации наших соотечественников и исследователей из скандинавских стран с диаметрально противоположными выводами. И до сих пор данные о влиянии COVID-19 на беременных и новорожденных противоречивы, конкретных рекомендаций относительно диагностики и лечения COVID-19 для беременных не существует, а опубликованные материалы чаще носят описательный характер.

Большинство авторов склоняются к выводам, что коронавирусная инфекция все же осложняет течение

беременности. Эпидемиологи определили критерии риска развития тяжелых форм COVID-19 при гестации, куда отнесли возрастную группу старше 35 лет, беременных с избыточной массой тела и ожирением, сахарным диабетом и хронической артериальной гипертензией.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Клиническая картина у беременных и небеременных пациенток с COVID-19 во многом схожа. Основные симптомы заболевания — лихорадка и кашель, миалгия, озноб, дисгевзия и утомляемость — по частоте существенно не отличаются. Отличия в основном касаются лабораторных показателей. По данным метаанализа, включавшего 128 176 небеременных и 10 000 беременных пациенток с диагнозом COVID-19, у беременных по сравнению с небеременными чаще выявляли лейкоцитоз (27 % и 14 % соответственно), тромбоцитопению (18 % и 12,5 %) и значимо более низкий уровень повышения С-реактивного белка (52 % и 81 % соответственно).



Наталья
Алексеевна
ГАБИТОВА

Д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Академии постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр ФМБА России», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ФМБА России

Самое частое осложнение новой коронавирусной инфекции в виде пневмонии, по данным исследований, развивается у беременных в 71–89 % случаев, двусторонняя пневмония — в 57,9 % случаев, что очевидно выше, чем в популяции в целом. Симптом «матового стекла» выявляется у беременных в 65,8 % случаев при развитии пневмонии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ И РОДОВ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ SARS-COV-2

Заболевание COVID-19 создает вероятность развития жизнеугрожающих

Продолжение на с. 2 ▶

НОВОСТИ

Прививка не вредит здоровью матери и ребенка

Официально в методических рекомендациях РФ по вакцинации от 1 марта 2021 г. беременность на любом сроке является противопоказанием для вакцинации. Именно поэтому будущих матерей исключали из клинических испытаний вакцин, несмотря на то что они входят в группу повышенного риска.

Между тем результаты исследования, опубликованные в официальном издании «Акушерство и гинекология» Американского колледжа акушеров и гинекологов (ACOG), подтвердили безопасность вакцин от коронавируса при беременности. Была исследована плацента 200 рожениц, 84 из которых прошли вакцинацию в III триместре беременности (препаратами Pfizer и Moderna), а 116 — нет. Изучение тканей вакцинированных рожениц показало отсутствие какой-либо патологии и повреждений

и ничем не отличалось от результатов, полученных у рожениц из контрольной группы.

Еще одно исследование было проведено на беременных крысах. Негативного влияния вакцины на новорожденных крысят не отмечено.

На данный момент врачи рекомендуют прививаться женщинам, планирующим беременность, но желательно, чтобы между прививкой и зачатием прошло как минимум 2–3 месяца.



Беременность и COVID-19

◀ Продолжение, начало на с. 1

состояний для матери и плода. По статистике, коронавирусная инфекция значительно повышает число серьезных осложнений гестации (рис. 1). Это объясняет значительный процент госпитализаций беременных с COVID-19 в отделение реанимации и интенсивной терапии (до 31,3 %) и высокую частоту необходимости применения инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) — до 4 %.

По сравнению с пациентками, гестация которых протекала без инфекционных осложнений, у беременных с COVID-19 значимо чаще происходили самопроизвольные выкидыши, преждевременный разрыв плодных оболочек и задержка роста плода. А по таким позициям, как преждевременные роды и послеродовые кровотечения, эти пациентки кратно опережают группу неинфицированных. Также показано, что даже на фоне стабильного течения COVID-19 у беременных внезапно может развиваться критическое состояние, что существенно увеличивает их смертность по сравнению с небеременными (рис. 2).

Анализируя исходы родов у пациенток с COVID-19, нельзя не отметить большую долю абдоминального родоразрешения — более половины беременных (48–100 %). Также обнаружен высокий

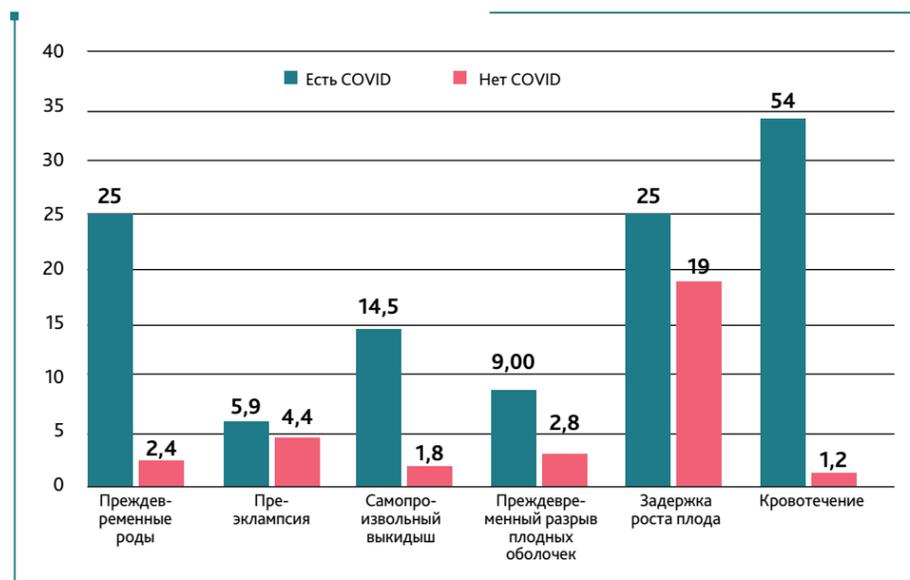


Рис. 1. Осложнения беременности у пациенток с COVID-19 (M. Jafari et al., 2021)

уровень неблагоприятных перинатальных исходов: дистресс-синдром у плода (до 30 %), рождение детей с недостаточной массой тела (25 %), асфиксии плода (1,4 %). Дети, родившиеся от матерей с протекающей коронавирусной инфекцией, часто переводятся в отделение интенсивной терапии (43 %), среди них высок уровень перинатальной смертности (0,35–2,2 %).

СПЕЦИФИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С COVID-19

С первого дня обращения к врачу для оказания адекватной помощи беременным пациенткам в условиях пандемии любой подозрительный случай должен быть проанализирован анамнестически. При наличии

вероятности COVID-19 нужно незамедлительно провести лабораторную диагностику — РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). При подтверждении диагноза назначаются исследования рутинных лабораторных показателей в целях подбора и контроля эффективности терапии (ОАК, СРБ) или в качестве маркеров развития ДВС-синдрома при сепсис-индуцированной коагулопатии (гемостазиограмма). Для определения дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии применяется пульсоксиметрия — скрининговый метод выявления пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке. Лучевое исследование органов грудной клетки назначается строго по показаниям.

Следует учесть, что на сегодняшний день эффективное этиотропное лечение для беременных с COVID-19 не разработано. Рекомбинантный интерферон альфа-2b и противовирусные препараты противопоказаны во время гестации. Возможно обсуждение назначения противовирусных препаратов исключительно по жизненным показаниям. Например, рекомбинантный интерферон альфа-2b может быть применен только по решению врачебной комиссии, когда предполагаемая польза для матери превосходит риск для плода. В остальных случаях необходимо учитывать безопасность медикаментозного вмешательства при беременности и лактации.

Патогенетическое лечение беременных, рожениц и родильниц с COVID-19 проводится по нескольким направлениям. Важнейшее из них — профилактика тромбозов. Беременные с легкой формой COVID-19 в случае самоизоляции при наличии факторов риска (ожирение, возраст, заболевания, требующие тромбопрофилактики) должны получать низкомолекулярные гепарины при оценке риска венозных тромботических осложнений от 10 дней до 6 недель. Для этого не следует ждать, пока срок гестации составит 28 недель. Второе, не менее важное направление — регидратация. При легком течении заболевания достаточное поступление жидкости можно обеспечить путем приема per os, в тяжелых

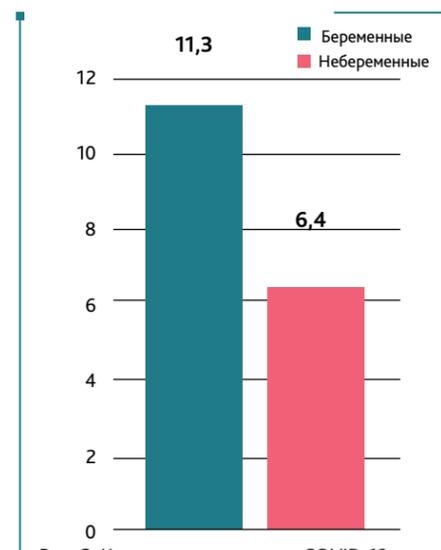


Рис. 2. Частота смертности от COVID-19 беременных по сравнению с небеременными (M. Jafari et al., 2021)

случаях назначается инфузионная терапия. Применение ингибитора рецепторов интерлейкина 6 (ИЛ-6) обсуждается, но на сегодняшний день у беременных возможно только в рамках клинических исследований.

При легком течении коронавирусной инфекции для купирования проявлений COVID-19 чаще всего вполне достаточно рутинного симптоматического лечения, которое включает снижение лихорадки, комплексную терапию ринита и/или ринофарингита и бронхита. Такая терапия может проводиться амбулаторно. Но при SpO₂ < 93 % беременной рекомендованы респираторная поддержка и госпитализация. Поэтому показатели сатурации крови необходимо определять всем беременным с клиникой острого респираторного заболевания и/или с пневмонией. Показаниями к госпитализации беременных с COVID-19 во всех случаях являются среднетяжелые и тяжелые формы заболевания.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность в условиях пандемии ведется как и в обычной ситуации: наблюдение не прерывается, все обследования должны выполняться согласно сроку гестации. Возможна замена очных консультативных приемов дистанционными. Но если в запланированное время очного визита у женщины появились симптомы, сходные с клиническими проявлениями COVID-19, то все плановые исследования (в том числе скрининги) должны быть перенесены на 1–2 недели. Эта рекомендация касается и визитов для проведения инвазивной диагностики. Данных о перинатальных осложнениях при COVID-19 в I–II триместрах нет, но учитывая высокий риск передачи от матери к плоду возбудителей COVID-19, ВИЧ, гепатитов, ЦМВ, ВПГ при инвазивных манипуляциях, у пациенток с подозрением/вероятностью COVID-19 рекомендуется перенос инвазивной диагностики на 14 дней. При этом предпочтительно проведение амниоцентеза, а не аспирации ворсин хориона.

Беременным, перенесшим легкую или среднетяжелую форму COVID-19, показан УЗИ-мониторинг каждые 4 недели для оценки динамики роста плода,

ОЧНО + ОНЛАЙН
CONNEXIO
— congress space by StatusPraesens —

15 · Й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР
СОЧИ – СЕНТЯБРЬ
4–7 сентября 2021 года «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргии»

Встречаемся в Сочи!

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

MAPC

praesens.ru
stpraesens

спnavigatop

praesens
statuspraesens

Реклама

индекса амниотической жидкости, при необходимости — с оценкой кровотока в артерии пуповины.

ТАКТИКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

У беременных с COVID-19 рекомендовано отложить (при отсутствии экстренных показаний) запланированное кесарево сечение (КС) или индукцию родов до отмены статуса изоляции. Это минимизирует риск постнатального инфицирования новорожденного и позволяет снизить материнскую летальность от осложнений COVID-19 (дыхательной недостаточности, акушерских кровотечений, интранатальной гибели плода, послеродовых гнойно-септических осложнений).

Роды через естественные родовые пути ведутся при постоянном мониторинговании КТГ плода и сатурации у матери. Роженица направляется в родовой зал в маске для защиты органов дыхания, которую допускается снимать при потугах. Для медицинского персонала, присутствующего при родах, следует предусмотреть защиту в виде лицевых фильтров FFP2/FFP3, одноразовой одежды, двойных перчаток, козырьков или защитных очков, головных уборов и обуви.

Решение о досрочном родоразрешении беременных с COVID-19 принимается мультидисциплинарной командой с привлечением инфекционистов, акушеров-гинекологов и неонатологов. При спонтанном развитии родовой



Начало родов

- Предпочтительно вести роды через естественные родовые пути
- Необходим непрерывный мониторинг состояния матери и плода



Второй период родов

- Следует ослабить потуги*
- Возможно применение вакуум-экстракции или акушерских щипцов

*для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности и ускорения процесса родоразрешения



Показания для экстренного кесарева сечения (или прерывания беременности)

- нарастание дыхательной недостаточности
- острая органная недостаточность
- септический шок
- дистресс плода

Рис. 3. Ведение спонтанных родов у пациентки с COVID-19 в разгар заболевания (пневмония)

деятельности у пациентки с COVID-19 назначение токолитиков для профилактики респираторного дистресс-синдрома не рекомендовано.

Независимо от срока гестации на момент родов должна проводиться профилактика родового кровотечения с применением окситоцина, карбетоцина, метилэргобревина. С профилактической и лечебной целью рекомендуется использовать минимально эффективные

дозы утеротоников при любом способе родоразрешения. Из-за вероятности провокации бронхоспазма и усиления одышки из схем лечения необходимо исключить простагландины. При нарастании дыхательной недостаточности на фоне тяжелой преэклампсии при COVID-19 показана отмена внутривенных инфузий сульфата магния.

Как и при других коморбидных состояниях, при коронавирусной инфекции

необходимость родоразрешения путем КС определяется по акушерским показаниям. COVID-19 легкой степени тяжести не является показанием для КС. Но при тяжелом течении, при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ, прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям проводится экстренное КС с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения. Предпочтительным доступом является нижнесрединная лапаротомия (рис. 3).

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА SARS-COV-2

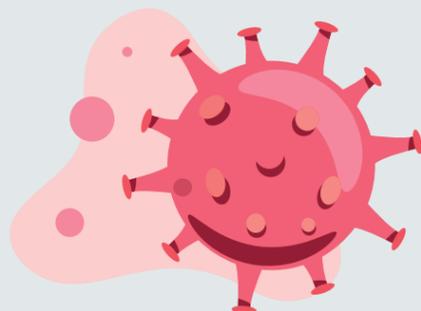
Инфицирование новорожденных до настоящего времени связывали с контактом с больной матерью. Однако недавний метаанализ свидетельствует о возможности анте/интранатального заражения. Поэтому у всех новорожденных обязательно проведение тестирования на SARS-CoV-2. Если тесты РНК-ПЦР положительные у матери и у ребенка, предпочтительно совместное пребывание. Если тест отрицательный у ребенка и положительный у матери, мать и младенец находятся раздельно. Если у матери результат теста отрицательный, то новорожденный может находиться совместно с матерью.

Список литературы находится в редакции

Источник: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7316319

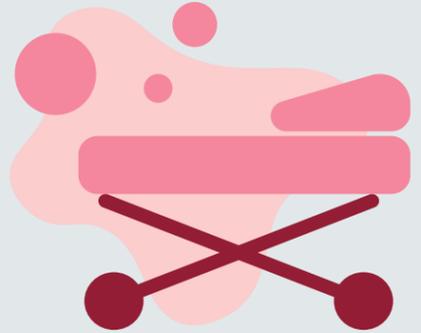
Будущие матери рискуют больше

26 июня на сайте Национальной медицинской библиотеки США был опубликован отчет «Характеристики женщин репродуктивного возраста с лабораторно подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 в зависимости от статуса беременности». Исследование включило официальные статистические данные по стране за период с 22 января 2020 г. по 7 июня 2021 г. Эти данные свидетельствуют о том, что беременные с COVID-19 чаще госпитализируются и подвергаются повышенному риску поступления в отделение интенсивной терапии (ОРИТ) по сравнению с небеременными.



	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ	
Возраст, лет	Беременные женщины (n = 8207)	Небеременные женщины (n = 83 205)
15–24	1 921 (23,4 %)	19 557 (23,5 %)
25–34	4 469 (54,4 %)	31 818 (38,2 %)
35–44	1 817 (22,1 %)	31 830 (38,3 %)

ПРОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ		
Состояние	Беременные женщины (n = 8207)	Небеременные женщины (n = 83 205)
Наличие симптомов	5 199 (97,1 %)	72 549 (96,9 %)
Бессимптомное течение	156 (2,9 %)	2 328 (3,1 %)



ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, ПЕРЕВОД В ОРИТ, ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ИВЛ И СМЕРТЬ		
Статус	Беременные женщины (n = 8207)	Небеременные женщины (n = 83 205)
Госпитализация	2 587 (31,5 %)	4 840 (5,8 %)
Перевод в ОРИТ	120 (1,5 %)	757 (0,9 %)
Подключение к ИВЛ	42 (0,5 %)	225 (0,3 %)
Смерть	16 (0,2 %)	208 (0,2 %)

Парадоксы бактериального вагиноза

Механизмы комменсализма между бактериями, ассоциированными с бактериальным вагинозом (БВ), и патогенез этой вагинальной инфекции еще далеки от полного понимания и, более того, противоречивы, что создает неопределенность в выборе средств для ее лечения.

Г.Б. Дикке

ПРОБЛЕМА — ОДНА, ТОЧКИ ЗРЕНИЯ — РАЗНЫЕ

С открытия в 1954 г. Х.Л. Гарднером и С.Д. Дьюксом (*H.L. Gardner, C.D. Dukes*) *Haemophilus vaginalis* (ныне называемой *Gardnerella vaginalis*), которые считали этот микроорганизм единственным возбудителем БВ, пришло понимание полимикробной этиологии данного заболевания. Однако ни один из многочисленных микроорганизмов, выделенных у пациенток с БВ, не является строгим патогеном — все они комменсалы, что привело к определению БВ как дисбактериоза (дисбиоза) влагалища, связанного с аберрантными изменениями его микробиома. В клинических рекомендациях (КР) РОАГ-2019¹ бактериальный вагиноз определяется как «клинический полимикробный невоспалительный синдром, возникающий в результате замены нормальной микробиоты влагалища (виды *Lactobacillus spp.*, продуцирующие молочную кислоту и перекись водорода) на повышенную генерацию многочисленных видов облигатных и факультативных анаэробных микроорганизмов, например *Bacteroides/Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Veillonella spp.*, *G. vaginalis* и др. Существует мнение, что БВ — самостоятельная нозологическая форма заболевания». Однако в настоящее время термин «невоспалительный» по отношению к БВ опровергается многочисленными исследованиями, свидетельствующими о высоком уровне провоспалительных цитокинов во влагалищном секрете, а отсутствие лейкоцитарной реакции объясняется продукцией сиалидаз, которые препятствуют миграции лейкоцитов к очагу воспаления (*Orfanelli T. et al., 2014*).

Что касается «замены» лактобактерий на анаэробные микроорганизмы, то уже известно, что у 67 % пациенток с БВ выделяют лактобактерии, но не *L. crispatus* и *L. jensenii*, продуцирующие D-молочную кислоту и перекись водорода и поддерживающие нормальное состояние микробиоты влагалища, а *L. iners* и *L. gasseri*, которые не обеспечивают колонизационной резистентности влагалища (*Kalia N. et al., 2020*).

Профессор А.А. Хрянин (2014) характеризует дисбиоз как изменение количественного и качественного состава, а также свойств локальной микрофлоры, что соответствует результатам современных исследований



Более того, некоторые зарубежные исследователи сущность БВ как заболевания ставят под сомнение (*Reid G., 2018*), а в МКБ-10 равно как и в МКБ-11 эта нозологическая единица отсутствует и, видимо, не случайно.

БВ не относят к ИППП, однако его эпидемиологический профиль говорит об обратном: исследователи отмечают,

лечение БВ считают обязательным при наличии симптомов и лабораторном подтверждении диагноза, а во время беременности — даже в отсутствие клинических признаков при высоком риске выкидышей и преждевременных родов (наличие в анамнезе), а также перед внутриматочными манипуляциями (в т.ч. медицинским аборт) или оперативными вмешательствами на органах малого таза.

КОМПРОМИССЫ И КОНТРАДИКЦИИ В ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Несмотря на то что после лечения БВ метронидазолом или клиндамицином частота рецидивов составляет от 30 до 50 % (а по последним данным — до 70 %) в течение одного года, их по-прежнему рекомендуют в качестве лекарственных средств (ЛС) первой линии терапии БВ (КР РОАГ-2019¹ и IUSTI/WHO-2018²).

Многочисленные попытки поиска альтернативных ЛС привели к тому,

в виде суппозиторий 16 мг со ссылкой на одно российское исследование, где показана его эффективность, сравнивая с вагинальным применением метронидазола (*Кира Е.Ф. и соавт., 2010*). Приводится также ссылка на метаанализ (*Verstraeten H. et al., 2012*) с двумя рандомизированными клиническими исследованиями (РКИ), где сравнивается действие хлоргексидина в виде суппозиторий 150 мг (*Ison C.A. et al., 1987*) и геля 2,5 г на одно введение (*Molteni B. et al., 2004*) с метронидазолом 2 г внутрь однократно и 500 мг вагинально в течение 7 дней соответственно. Результаты подтвердили сопоставимую эффективность хлоргексидина по сравнению с метронидазолом. Однако следует отметить, что при использовании хлоргексидина у 20 % испытуемых были зарегистрированы побочные эффекты в виде жжения во влагалище.

В том же метаанализе оценили 6 клинических исследований (КИ) действия

Таблица 1. Спектр действия повидон-йода

Анаэробные бактерии	Бактерии грам (-)	Бактерии грам (+)	Патогены
<ul style="list-style-type: none"> + <i>Gardnerella vaginalis</i> + <i>Bacteroides spp.</i> + <i>Mobiluncus spp.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Escherichia spp.</i> + <i>Enterobacteriaceae</i> + <i>Haemophilus vag.</i> + <i>Klebsiella spp.</i> + <i>Proteus spp.</i> + <i>И другие</i> 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Staphylococcus spp.</i> + <i>Streptococcus spp.</i> + <i>Clostridium</i> + <i>Corinobacterium</i> + <i>Micrococcus flavus</i> + <i>Propionibacterium</i> 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Mycoplasma hominis</i> + <i>Chlamydia trachomatis</i> + <i>Neisseria gonorrhoeae</i> + <i>Mycobacterium</i>
Грибы	Вирусы	Другие	Простейшие
<ul style="list-style-type: none"> + <i>Candida albicans</i> + <i>Candida non-albicans</i> + <i>Aspergillus</i> + <i>Epidermophyton</i> + <i>Trichophyton</i> 	<ul style="list-style-type: none"> + Герпес-вирусы + ВИЧ + Папилломавирус + Rotavirus + <i>И другие</i> 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Ureaplasma urealyticum</i> + <i>Treponema pallidum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Trichomonas vaginalis</i> + <i>Entamoeba histolytica</i> + <i>Giardia lamblia</i> + <i>Leishmania donovani</i> + <i>И другие</i>

что эпизодический БВ связан с новым половым партнером, рецидивирующий — с постоянным; также увеличивается риск при нетрадиционных формах половых отношений и, наоборот, снижается в 2 раза при применении презерватива. Тем не менее ни в отечественных, ни в зарубежных КР до сих пор не предусмотрено проведение скрининга и лечение половых партнеров в отсутствие у них симптомов, даже в случае наличия рецидивирующего БВ у женщины.

В ЧЕМ КОВАРСТВО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

БВ — это состояние, которое представляет собой серьезную проблему для общественного здравоохранения, поскольку ассоциируется с неблагоприятными последствиями для репродуктивного здоровья, такими как воспалительные заболевания органов малого таза, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, а также связано с повышенным риском заражения ВИЧ.

что в качестве перспективных были выделены антисептики, пробиотики и «подкислители» влагалищной среды, включенные в КР РОАГ-2019. Однако некоторые положения этого документа вызывают сомнения и требуют разъяснений.

АНТИСЕПТИКИ

Эффективность. КР IUSTI/WHO-2018 дали «путевку в жизнь» антисептикам, включив деквалиния хлорид в альтернативные схемы лечения БВ. КР РОАГ-2019, напротив, содержат весьма вызывающее заявление: «Контролируемых исследований других (помимо хлоргексидина — прим. авт.) антисептиков (деквалиния хлорида, повидон-йода) для сравнения их эффективности и безопасности с плацебо или стандартной терапией (метронидазолом или клиндамицином) не приводилось. Поэтому они не могут рекомендоваться для лечения и профилактики БВ». В качестве рекомендуемого средства указывается хлоргексидин

повидон-йода (ПВЙ) при лечении БВ (1 — неконтролируемое, 3 — в сравнении с бензидамином, хлоридом деквалиния и пробиотиком и 2 были плацебо-контролируемыми), о которых авторы КР РОАГ не упоминают. В этих работах была показана эффективность ПВЙ в диапазоне 73,3–90 % (для сравнения в этом же обзоре эффективность деквалиния хлорида — 82,2 %, хлоргексидина в свечах — 84 %). В данном обзоре не было РКИ, сравнивающего деквалиния хлорид с плацебо или антибиотиком, но упоминается одно многоцентровое РКИ с двойным слепым контролем, в котором проведено прямое сравнение результатов местного лечения вагинальных инфекций различной этиологии деквалиния хлоридом (10 мг) и ПВЙ (200 мг) курсом 1 р/сут в течение 6 дней для обоих препаратов (*Petersen E.E. et al., 2002*). Через 5–7 дней после окончания курса эффективность лечения БВ составила 82,2 и 76 % соответственно, неспецифического вагинита — 53,5 и 60 %,

кандидозного вульвовагинита — 78,3 и 60 % (без статистически значимой разницы). Переносимость исследуемых препаратов составила 96,6 и 95,7 % соответственно.

В 2020 г. опубликовано прямое сравнительное исследование действия ПВИ (10 %-ный р-р) и хлоргексидина (0,5 %-ный р-р) для обработки влага-

Эксперты ВОЗ предъявляют к антибактериальным ЛС определенные требования: эффективность, широкий спектр действия, дозы, достаточные для преодоления барьера биопленок и резистентности, короткий курс лечения, обеспечивающий комплаентность, отсутствие влияния на лактобактерии

лица перед оперативным родоразрешением в сравнении с физиологическим раствором. Подавление роста колоний через 5–10 мин после применения было наиболее выраженным под действием ПВИ: устранены более чем 99,9 % аэробных и анаэробных бактерий против аналогичного результата в отношении аэробных бактерий при обработке хлоргексидином (99,8 %), но не анаэробных, подавление роста которых отличалось незначительно от результатов при обработке физиологическим раствором.

Спектр антимикробной активности. Если обратиться к фармакологическим свойствам антисептиков и рассмотреть спектр их антимикробной активности, то полученные результаты исследования вполне объяснимы. Согласно реестру ЛС, хлоргексидина биглюконат проявляет активность в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, оказывая бактерицидное, фунгицидное и вирулицидное действие (в отношении липофильных вирусов), деквалиния хлорид активен в отношении большинства грамположительных бактерий, в том числе *Staphylococcus aureus*, анаэробов *Peptostreptococcus*, грибов рода *Candida* (*albicans*, *glabrata*, *tropicalis*), грамотрицательных бактерий *Gardnerella v.*, *E. coli* и др., простейших (*Trichomonas v.*).

Повидон-йод (ЛС Бетадин) является микробицидом более широкого спектра действия, способным инактивировать бактерии (в т. ч. *Gardnerella v.*, *E. coli*, *Staph. aureus*), грибы (*albicans*, *non-albicans*, дерматофиты и др.), простейшие и некоторые вирусы (табл. 1), что делает оправданным его назначение при лечении заболеваний: вагинитов любой этиологии (бактериальной, грибковой, трихомонадной), **бактериального вагиноза**, хламидийной, уреоплазменной и микоплазменной

инфекции (в комплексе этиотропной терапии), генитального герпеса (снижает титры вируса герпеса второго типа на 92 %) и остроконечных кондилом (в качестве местного этиотропного препарата и для профилактики суперинфекции), **вагинитов сочетанной этиологии** (особенно оправдано).

Сравнительный метаанализ нескольких антисептиков и метронидазола с физиологическим раствором или без него в предоперационной подготовке показал, что орошение влагалища ПВИ имело наибольшую вероятность снижения риска эндометрита (ОШ = 0,43), послеоперационных раневых инфекций (ОШ = 0,48) и лихорадки (ОШ = 0,58), а также эндометрита у рожениц (ОШ = 0,42) и при преждевременном разрыве плодных оболочек (ОШ = 0,21) (Roeckner J.T. et al., 2019).

В 2020 г. Haas D.M. с соавт. опубликовали систематический обзор и метаанализ ($n = 7038$), в котором сравнили 17 исследований с использованием ПВИ, 3 — с хлоргексидином и одно — с бензалкония хлоридом. Показано, что применение антисептиков снижает риск возникновения эндометрита после кесарева сечения (ОШ = 0,41), раневой инфекции (ОШ = 0,62), лихорадочного состояния (ОШ = 0,64) и является простым и хорошо переносимым способом снизить вероятность развития инфекции после кесарева сечения.

Результаты исследований, выполненных проф. Тихомировым А.Л. с соавт., свидетельствуют об еще одном важном направлении применения ПВИ — для профилактики инфекционных осложнений после хирургических вмешательств (так как введение антибиотиков до операции не оправдано) в оперативной гинекологии.

Режим использования и комплаентность. Рекомендации по курсовому применению антисептиков и их сравнительной эффективности представлены в табл. 2. Применение 1 р/сут продолжительностью курса лечения не более 6–7 дней является наиболее приемлемым.

Влияние на лактобактерии. Известно, что некоторые антибактериальные препараты местного действия могут препятствовать росту лактобактерий или даже подавлять его, усугубляя нарушение баланса микрофлоры влагалища.

Neut C. с соавт. (2015) протестировали *in vitro* 17 антимикробных и антифунгальных препаратов, в том числе 3 антисептика, и определили, что для 2 из них (повидон-йод и комбинация хлорхинальдол/проместрин) показатели минимального ингибирующего разведения намного превышают пороговое значение 0,8 % и не влияют на рост исследуемых лактобактерий (табл. 3). Этот показатель для хлоргексидина глюконата был ниже указанного порога в отношении *L. gasseri*.

В проспективном РКИ проведено изучение эффективности свечей с ПВИ

(Бетадин) и капсул, содержащих лактобактерии *Doderlein Med*, при лечении БВ (Wewalka G. et al., 2002). Микробиологические исследования показали увеличение среднего количества лактобактерий во влагалище на 8-й день после начала приема пробиотика, но снижение на 15-й день. В отличие от этого количество лактобактерий у пациенток, получавших ПВИ, уменьшилось на 1-й неделе, но увеличилось на 2-й. Численность условно-патогенных микроорганизмов (*Gardnerella*, *Bacteroides*

Не описано ни одного факта развития резистентности микроорганизмов к ПВИ, несмотря на длительный период применения в клинической практике

и *Enterobacteria*) уменьшилась в большей степени и с более длительным эффектом после лечения ПВИ, чем после капсул, содержащих лактобактерии. Авторы делают вывод, что количество нативных (собственных) лактобактерий быстро растет, и они повторно колонизируют влагалище после лечения Бетадином, следовательно, нет необходимости дополнительно использовать пробиотики. ПВИ нормализует кислотность вагинальной

среды, тем самым создавая условия для быстрого восстановления нормальной микрофлоры влагалища и препятствуя развитию рецидивов вагинальной инфекции после лечения.

ПРОБИОТИКИ

В систематическом обзоре van de Wijgert с соавт. (2020) проанализированы 22 вагинальных пробиотика, содержащих лактобактерии (некоторые с дополнительными активными ингредиентами). Пробиотические штаммы *Lactobacillus* при вагинальном введении обнаруживались во влагалище в период лечения, но никогда не сохранялись дольше, что позволяет предположить, что они не колонизируют влагалище. В то же время лактобактерии показали свою потенциальную пользу для здоровья при иммуномодуляции и восстановлении здоровой микрофлоры в кишечнике и влагалище (Chee, W.J.Y. et al., 2020).

В отличие от российских рекомендаций (двухэтапный режим лечения с применением вагинальных свечей, содержащих лактобактерии на втором этапе) в зарубежных говорится, что одновременное применение метронидазола с пробиотиками для приема внутрь увеличивает продолжительность ремиссии БВ (на 51 %) и аэробного вагинита (на 71 %) (Heczko P.B., et al., 2015). Вагинальные

Продолжение на с. 6 ▶

Бетадин Свечи — для лечения бактериального вагиноза

ЭЛИМИНАЦИЯ
УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ
МИКРОФЛОРЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ АНАЭРОБНОЙ¹

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ
ДЛЯ РОСТА СОБСТВЕННЫХ
ЛАКТОБАКТЕРИЙ²

НОРМАЛИЗАЦИЯ
БИОЦЕНОЗА
ВЛАГАЛИЩА³



ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА БЕТАДИН®
Торговое название: Бетадин® (суппозитории вагинальные), МНН: повидон-йод. **ПОКАЗАНИЯ.** Острый или хронический вагинит (смешанная, неспецифическая инфекция), бактериальный вагиноз (вызванный *Gardnerella vaginalis*), кандидоз, инфекция *Trichomonas vaginalis*. Инфекции влагалища после терапии антибиотиками или стероидными препаратами. Профилактика перед хирургическими или диагностическими вмешательствами во влагалище. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к йоду и другим составляющим препарата; нарушение функции щитовидной железы (узловой коллоидный зоб, эндемический зоб и тиреоидит Хашимото, гипертиреоз); аденома щитовидной железы; герпетический дерматит Дюринга; одновременное применение радиоактивного йода; детский возраст до 8 лет. С осторожностью: беременность и период кормления грудью, хроническая почечная недостаточность. Применение Бетадина не рекомендуется с 3-го месяца беременности и во время лактации. **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.** Реакции повышенной чувствительности к препарату, гиперемия, зуд. В редких случаях он может вызывать реакции гиперчувствительности, например, контактный дерматит с образованием псориазоподобных красных мелких буллезных элементов. При возникновении таких явлений применение препарата следует прекратить. Длительное применение повидон-йода может приводить к абсорбции значительных количеств йода. В некоторых случаях описано развитие вызванного йодом гипертиреоза, преимущественно у пациентов с ранее имевшимся заболеванием щитовидной железы. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** При нарушении функции щитовидной железы препарат может применяться только по указанию врача. Осторожность следует соблюдать при регулярном применении препарата у пациентов с ранее диагностированной почечной недостаточностью. РН: П N015282/01 – 02.02.2018

1. Petersen EE et al. *Arzneim.-Forsch.* /Drug Res. 2002; 52(9): 706-15
2. Рымашевский Н.В. и др. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2000. № 1.
3. Радзинский В.Е. и соавт. *Consilium Medicum* «Гинекология. Журнал для практикующих врачей», т.5, № 5, 2003

2 000001 036594 – 14.06.2021

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



ООО «ЭГИС-РУС» 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.
Тел.: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31.
E-mail: moscow@egis.ru www.egis.ru

Парадоксы бактериального вагиноза

◀ Продолжение, начало на с. 4

пробиотики уступают этому действию пероральным — снижают частоту рецидивов БВ на 20,5 %, удлиняют продолжительность рецидива на 28 % по сравнению с плацебо (Bohbot J.M. et al., 2018). Вагинальное введение лактобактерий не влияет на частоту рецидивов кандидозного

вульвовагинита, но при совместном введении клотримазола и перорального пробиотика частота рецидивов уменьшалась на 58,4 и 70,8 % через 3 и 6 мес соответственно по сравнению с контрольной группой без введения лактобактерий (Russo R. et al., 2019).

Таблица 2. Курсовое применение антисептиков при острых вагинитах и их клиническая эффективность (Verstraelen H. et al., 2012)

Препарат	Доза, мг	Режим приема	Курс, дни	Эффективность
Повидон-йод	200	1 супп. 1–2 р/сут	7	73,3–90
Деквалиния хлорид	10	1 ваг. таб. 1 р/сут	6	82,2
Хлоргексидина биглюконат	16	1 супп. 2 р/сут	7–10	84

МОЛОЧНАЯ КИСЛОТА

В систематическом обзоре Plummer E.L. с соавт. (2021) оценены 7 продуктов, содержащих молочную кислоту (МК), которые различались по вспомогательным веществам, концентрации МК и pH. Одно исследование показало, что МК эквивалентна метронидазолу, а в двух других — значительно ему уступает. Еще два исследования показали, что эффект МК превосходит отсутствие лечения, хотя эквивалентен плацебо. Продукты, содержащие МК, не оказали

значительного влияния на состав микробиоты влагалища.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодаря своим быстрым, мощным антимикробным свойствам широкого спектра действия и благоприятному профилю риск/польза (Bigliardi P.L. et al., 2017) повидон-йод был и остается значимым и важным средством лечения и профилактики острых и хронических инфекций у женщин. 📌

Список литературы находится в редакции

Таблица 3. Минимальное ингибирующее разведение фармацевтических продуктов для 3 штаммов лактобактерий (Neut C. et al., 2015)

Активный ингредиент	Минимальное ингибирующее разведение, %		
	<i>L. crispatus</i>	<i>L. gasseri</i>	<i>L. jensenii</i>
Хлорхинальдол/проместрин	50	25	1,56
Повидон-йод	12,5	12,5	6,25
Хлоргексидин глюконат	1,56	0,4	1,56

Примечание: высокие значения разведения тестируемых препаратов (более порога 0,8 %) свидетельствуют о высокой устойчивости лактобактерий к ним

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ПРОТОКОЛЫ, СТАНДАРТЫ

Контрацепция в период пандемии COVID-19: рекомендации ВОЗ

Риск тромбозмболических осложнений у заболевших новой коронавирусной инфекцией вызывает особые опасения у врачей и пользователей гормональных средств. Эксперты ВОЗ разработали рекомендации для безопасного выбора и применения современных методов контрацепции во время пандемии.

ЖЕНЩИНЫ БЕЗ COVID-19, ЖЕЛАЮЩИЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Женщины и их партнеры могут выбрать любой современный метод контрацепции, приемлемый и безопасный. Перед началом использования комбинированной гормональной контрацепции (КГК) обязательными являются консультирование по выбору метода контрацепции, оценка факторов риска, измерение артериального давления и скрининг на рак молочной железы.

ЖЕНЩИНЫ БЕЗ COVID-19, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ КОНТРАЦЕПЦИЮ

• Пользователи комбинированной гормональной контрацепции: следует заново оценить факторы риска и при их отсутствии используемый метод контрацепции может быть продолжен.

• Пользователи LARC (долгосрочные обратимые методы — ВМС-Си, ВМС-ЛНГ, имплантат), которым требуется замена устройства: срок его использования можно продлить еще на год*, женщинам после 40 лет — до менопаузы**

* Через 1 год женщинам моложе 40 лет рекомендуется добавлять гестагенные таблетки или презерватив.

** ВМС-ЛНГ 52 мг у женщин старше 45 лет может использоваться до 55 лет.

- Показания для отмены КГК или извлечения LARC:
 - ✦ желание забеременеть;
 - ✦ тяжелые побочные эффекты;
 - ✦ признаки инфекции (внутриматочные средства).
- Отказ от используемого метода контрацепции: консультирование и выбор альтернативного метода.

ЖЕНЩИНЫ, ЗАБОЛЕВШИЕ COVID-19, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Согласно имеющимся в настоящее время данным, большинство женщин детородного возраста с COVID-19 бессимптомные или имеют легкие симптомы, и им следует продолжать принимать КГК. Наиболее частые возможные сценарии при коронавирусной инфекции приведены ниже.

Женщины с бессимптомным течением или с легкими симптомами COVID-19. Находятся дома либо помещены в палату общего профиля: КГК может быть продолжена и считается безопасной (при отсутствии дополнительных факторов риска тромбоза).

- Если женщины обеспокоены этим, врач должен объяснить, что нет доказательств повышенного риска тромбоза среди пользователей КГК с легкими симптомами COVID-19.
- Если пользовательница желает отказаться от КГК, то ей могут быть предложены только прогестиновые



или негормональные методы, если они приемлемы.

Негоспитализированные женщины с серьезными симптомами COVID-19. Следует рассмотреть возможность прекращения приема КГК на основании клинических симптомов у пациентки (например, иммобилизация на срок более 7 дней, затрудненное дыхание или одышка, боль или давление в груди, потеря речи или движения, пневмония) и/или при появлении факторов риска тромбоза.

- При отказе от КГК следует также учитывать есть ли у пользовательницы другие медицинские противопоказания, которые могут повысить риск тромбоза во время COVID-19.
- В случае отказа от КГК могут быть предложены только прогестиновые или негормональные методы, если они приемлемы.

Женщины, госпитализированные с тяжелой формой COVID-19. Следует прекратить прием КГК во время госпитализации.

- Риск тромбоза в этой группе может быть выше преимуществ продолжающейся КГК.
- Необходимо проводить тромбопрофилактику.
- Рассмотреть необходимость приема экстренной контрацепции, если в течение предыдущих 48 часов был незащищенный половой акт.

Женщины, возобновляющие использование КГК после перенесенного COVID-19. Важно всем, кто прекращает использование противозачаточных средств во время болезни COVID-19, дать рекомендации о возобновлении контрацепции и предоставить метод по своему выбору.

- При выборе метода контрацепции необходимо учитывать любые новые или существующие заболевания.
- КГК можно возобновить через 2 недели после любого продолжительного периода ограниченной подвижности (иммобилизации).
- Другие методы можно начать использовать без промедления.
- В случаях, когда проводилась тромбопрофилактика, ее необходимо продолжить как минимум в течение 7 дней после выписки из больницы или до полной мобилизации пациента. 📌

Источник: ВОЗ. Коронавирусная болезнь (COVID-19): контрацепция и планирование семьи. 2020. Эл. ресурс: <https://www.who.int/>



Ольга
Анатольевна
ПУСТОТИНА

Д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», г. С.-Петербург

Синдром раздраженного кишечника у беременных

В 2020 г. эксперты из Университета Лидса (University of Leeds), Великобритания, опубликовали в журнале *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology* статью «Глобальное бремя синдрома раздраженного кишечника: тенденции, прогнозы и факторы риска». Этот многостраничный документ содержит не просто статистику заболеваемости, но и аналитическую справку о том, сколь значимо синдром раздраженного кишечника (СРК) влияет на качество жизни и социальную активность пациентов.

По разным данным, распространенность СРК в популяции составляет в среднем 10–20 %, но лишь 12–15 % обращаются за медицинской помощью. Ретроспективный анализ историй более 9 млн родов показал, что СРК был выявлен у 8962 беременных, а в целом за 10-летний период распространенность патологии возросла с 47,96 до 172,68 на 100 тыс женщин.

В ЧЕМ КОРЕНЬ ПРОБЛЕМЫ?

СРК — это функциональное желудочно-кишечное расстройство, характеризующееся хронической болью в животе и нарушением деятельности кишечника без установленных органических причин. В качестве наиболее вероятных этиопатогенетических факторов выделяют: висцеральную гиперчувствительность, нарушение моторики ЖКТ, воспаление, дисбактериоз кишечника, пищевую аллергию, генетические и психосоциальные особенности, беременность. Именно в период гестации организм женщины испытывает ряд трансформаций, создающих благоприятный фон для развития СРК. Например, рост уровня прогестерона оказывает релаксирующее действие не только на миометрий, но и на гладкую мускулатуру органов ЖКТ, повышая порог ее возбудимости к различным стимулам. Не менее важно и снижение концентрации мотилина, гастроинтестинального гормона, регулирующего моторику ЖКТ. Результатом таких изменений становится уменьшенная активность желчного пузыря, еще более усугубляющая проблему запоров у беременных.

В целом снижение чувствительности мускулатуры кишечника к веществам, стимулирующим перистальтику, — природная функция, призванная защищать течение беременности, однако приводит к проблемам со стулом. Свою лепту в развитие СРК вносят и эстрогены, повышая абсорбцию воды в толстом кишечнике, что в свою очередь вызывает уменьшение объема и уплотнение каловых масс, оказывающих недостаточный стимулирующий эффект на механорецепторы толстой кишки, и замедление кишечного транзита. Снижение физической активности, несоблюдение диеты, использование некоторых медикаментозных средств не только провоцируют нарушения моторики кишечника, но и изменяют микробиоту, запуская механизмы формирования абдоминальной боли.

РИСКИ И ПРОГНОЗЫ

В настоящее время находится все больше подтверждений связи дисбиоза кишечника и привычного невынашивания

беременности. Нарушение микробиоты кишечника влечет за собой дисбиоз влагалища и матки, тем самым повышая риск нарушений имплантации и потери беременности. Кроме того, сильное натуживание при акте дефекации может вызвать повышение тонуса матки и угрозу прерывания беременности, а также провоцировать появление трещин заднего прохода и геморроя.

ВНИМАНИЕ К СИМПТОМАТИКЕ

Одним из наиболее ярко выраженных клинических признаков СРК считают хроническую боль в животе. Она носит схваткообразный или тупой, давящий, распирающий характер. Чаще всего локализуется в нижних отделах живота и сочетается с метеоризмом, урчанием,

нед гестации. У первородящих функциональные затруднения дефекации встречаются реже, чем у повторнородящих. В клинической практике диагноз СРК дополнительно можно подтвердить с помощью следующих симптомов: вздутие живота, изменение формы стула (твердый и/или жидкий), частоты стула (менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день), тенезмы при дефекации, срочные позывы, чувство неполной эвакуации, выход слизи из прямой кишки.

Нередко у беременных, страдающих СРК, возникают также астенический, ипохондрический, депрессивный синдромы, нарушения сна. Эта симптоматика сохраняется на протяжении длительного периода — в среднем более 6 мес.

поступления в организм жидкости (1,5–2 л в сутки) является терапией первой линии у беременных. Следует исключить газообразующие продукты (фасоль, лук, сельдерей, морковь, изюм, бананы и т.д.), алкоголь, кофеин. Рекомендованы дозированные физические нагрузки (упражнения в течение 20–60 мин) 3–5 раз в неделю (пешие прогулки, спортивная ходьба, плавание, йога и т.д.).

Спазмолитические средства — терапия первой линии — обеспечивают купирование симптомов абдоминальной боли. Для восстановления кишечной микробиоты рекомендовано использование пробиотиков в минимальной эффективной суточной дозе 10^8 – 10^9 КОЕ. Антибиотики эффективны как для улуч-

ОБНОВЛЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СРК (РИМ IV)



нарушениями стула (от диареи до запора). При СРК боль усиливается после приема пищи, перед дефекацией (у некоторых женщин наблюдается усиление боли в момент дефекации), а вот опорожнение кишечника способно улучшить состояние пациентки. Часто СРК сопровождается вздутием живота, повышенным газообразованием и отрыжкой.

Второй ведущий симптом — нарушение двигательной функции кишечника — диарея, запор или их чередование с периодами нормальной работы кишечника. Диарея при СРК представляет собой частый жидкий стул небольшого или умеренного объема, нередко с примесью слизи. Дефекация обычно происходит в часы бодрствования, чаще всего утром или после еды, и сопровождается спазмами, тенезмами и ощущением неполной эвакуации содержимого кишечника. При запорах стул твердый, фрагментированный, могут возникать тенезмы. Во время беременности СРК с запором возникает у 25–40 % женщин, причем основным «проблемным» периодом считают 12–36

Кроме того, клиницисту следует обратить внимание на появление у беременной жалоб, не связанных с работой ЖКТ: сонливость, утомляемость, боли в спине, мышцах и суставах, головную боль, урологические симптомы (никтурия, частые позывы к мочеиспусканию, неполное опорожнение мочевого пузыря), диспареунию, плохую переносимость лекарственных препаратов в целом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ

Максимальную эффективность диагностики и лечения пациенток, страдающих СРК во время беременности, обеспечивает мультидисциплинарный подход, в котором задействованы акушер-гинеколог, терапевт, гастроэнтеролог и проктолог.

Изменение характера питания — важный компонент лечения СРК. Увеличение доли пищевых волокон (зерна злаков, хлеб грубого помола, сырые фрукты и овощи), регулярный прием пищи и обеспечение адекватного

шения общей симптоматики при СРК, так и в лечении дисбиотических состояний кишечника. В частности, на фоне приема Нифуратела отмечается эрадикация условно-патогенной флоры, рост лакто- и бифидобактерий в кишечнике, а также восстановление нормального микробиоценоза во влагалище.

В качестве слабительных возможно использование препаратов осмотического действия (натрия и магния сульфат, полиэтиленгликоль) и лактулозы. При лечении диареи у беременных предпочтение следует отдавать энтеросорбентам: природным органическим сорбентам на основе пищевых волокон, синтетическим полимерам химического происхождения, псилиуму, лигнину, сорбентам на основе углерода, кремнийсодержащим сорбентам.

При проведении своевременных профилактических мероприятий роды происходят в срок через естественные родовые пути. Кесарево сечение выполняют по показаниям. 🌸

Можно ли прогнозировать наступление менопаузы?

Знание ориентировочных сроков наступления менопаузы может оказать существенную помощь в лечении и профилактике возраст-ассоциированных заболеваний, а также в ситуациях, связанных с планированием семьи.

В апреле 2021 г. журнал *Menopause* опубликовал результаты исследования финских ученых, целью которого было выявить факторы, связанные с возрастом наступления менопаузы, и разработать паттерн ее прогнозирования. Более ранние работы фокусировались преимущественно на характеристиках гормональных маркеров.

В данном исследовании изучали не только лабораторные показатели, но и самостоятельно оцениваемые участницами переменные. Для этого регрессионные модели Кокса применили к данным находящимся в перименопаузе женщин от 47 до 55 лет ($n = 279$) из исследования *Estrogenic Regulation of Muscle Apoptosis study*. Использовали две модели, первая из которых включала 32 предиктора — уровни эстрадиола и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), степень физической активности, употребление алкоголя, симптомы менопаузы, социальные привычки, статус сексуальных отношений, а также стандартное отклонение длительности менструального цикла. В другой модели учитывали только ковариаты, которые можно было охарактеризовать без клинических методов и дневников самонаблюдения (образовательный уровень, курение, использование гормональной контрацепции). Методом регрессии LASSO (LASSO, Least Absolute Shrinkage and Selection Operator) для анализа были отобраны 19 предикторов (из них 11 оцениваемых самостоятельно). Часть составляющих (возраст менопаузы у матери, число фолликулов) не были учтены ввиду недоступности данных. Наиболее отчетливыми индикаторами приближения менопаузы оказались: чрезмерные концентрации эстрадиола и ФСГ, нерегулярные менструальные циклы, вазомоторные симптомы, повышенный уровень употребления алкоголя. Исследователи сообщают о хорошем соответствии прогнозируемых и наблюдаемых величин. Среди ограничений отмечают малый размер выборки и недостаточная длительность наблюдения. Тем не менее авторы уверены, что при добавлении некоторых переменных можно будет сформулировать закономерности для прогнозирования менопаузы, в том числе у более молодых женщин.

Источник:

https://journals.lww.com/menopausejournal/Abstract/9000/Predicting_the_age_at_natural_menopause_in_96980.aspx



Становятся ли женщины-врачи матерями позже остальных?

Ученые из Канады и Австралии решили выяснить, предпочитают ли женщины-врачи откладывать деторождение либо вовсе не иметь детей в сравнении с женщинами — не врачами. Результаты исследования опубликованы в журнале *JAMA* в мае 2021 г.

Популяционное ретроспективное когортное исследование включало 5238 женщин-врачей и 26 640 представительниц других профессий. Все участницы наблюдались с 15-летнего возраста. Первичной конечной точкой было рождение ребенка на сроке гестации ≥ 20 нед.

Врачи реже рожали детей в молодом возрасте (ОШ деторождения в 15–27 лет — 0,15), откладывая начало периода материнства. Так, у женщин-врачей общая частота рождения детей к 28,6 годам была равна 5 %, а у остальных — 19,4 %. Соответственно, медиана возраста появления первого ребенка в группе врачей составила 32 года в сравнении с 27 годами у женщин второй группы. Однако у более старших женщин-врачей дети рождались с большей вероятностью (ОШ в 29–36 лет — 1,35, а для ≥ 37 лет — 2,62). В результате у них достигался сходный с остальными участницами показатель деторождения.

После стратификации по медицинской специальности общая частота деторождения оказалась выше у врачей общей практики во всех возрастных подгруппах.

Источник:

jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2779068



Найдены предикторы времени родов

Ученые из Стэнфордского университета (США) выявили комбинацию сывороточных маркеров, анализ которых позволяет прогнозировать наступление родов в течение ближайших 2 недель. Как утверждают исследователи, при этом не нужно будет ориентироваться на продолжительность гестации.

У 53 беременных на протяжении последних 100 дней вынашивания неоднократно брали образцы крови, каждый из которых анализировали по 7142 метаболическим, белковым и иммунным показателям. Данные сопоставляли с количеством дней до родов на момент взятия каждого образца, и при помощи методов математического моделирования устанавливали характеристики, оптимально указывающие на период начала родовой деятельности. Во всех случаях наступило естественное родоразрешение (у 5 участниц — преждевременное). Полученные результаты были подтверждены еще в 10 случаях беременности.

Установлено, что родам предшествовал резкий рост уровня метаболитов стероидных гормонов и экспрессии рецепторов интерлейкина-1 типа 4. Это соответствовало переключению с иммунной активности на регуляцию воспалительных ответов.

Предполагается, что итоги исследования позволят в ближайшие 2–3 года разработать тест для определения времени родов. Это особенно важно для пациенток с перенашиванием. Однако, по мнению экспертов, прогнозирование преждевременных родов в любом случае существенно проблематично в связи со сложностью задействованных физиологических и патофизиологических механизмов.

Источник:

www.medscape.com/viewarticle/950775

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «НМИЦ АП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушерок России

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

XXII ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ

Мать и Дитя

29 сентября – 1 октября

2021

М+Э МЕДИ Экспо

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

Лицензирование медицинской деятельности — из судебной практики

Медицинская деятельность связана с большим риском в отношении жизни и здоровья людей и подлежит лицензированию (п. 46 ст. 12 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»). На пути к лицензированию или уже в период обладания лицензией организации и предприниматели могут сталкиваться с правовыми проблемами разного характера. С некоторыми мы решили вас познакомить, подобрав несколько примеров из судебной практики.



ПОЛУЧЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ

Медицинская организация обратилась в суд с требованием признать недействительным отказ в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности. Организация просила включить в лицензию услугу по оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности). Суды трех инстанций признали отказ госоргана законным, поскольку оказание подобных услуг требует наличие операционной с оборудованием и штатной единицы врача анестезиолога-реаниматолога, чего в медицинской организации не имелось.

Источник: постановление Арбитражного суда Центрального округа по делу № А48-13173/2-19 от 18 марта 2021 г.

На что обратить внимание?

Перед переоформлением лицензии важно удостовериться, что соблюдены все установленные законом требования. Иначе это может привести к затягиванию времени оформления требуемого документа, а порой — и к продолжительным спорам с госорганом.

Однако если требования соблюдены, отказ госоргана в переоформлении или выдаче лицензии может быть успешно обжалован в суде.

Так, индивидуальный предприниматель обратился в суд. Ранее ему отказали в выдаче лицензии по ряду услуг, ссылаясь на отсутствие у заявителя основной специальности (через профессиональную переподготовку). Суд встал на сторону предпринимателя. Было отмечено, что он получил право на профессиональную деятельность в соответствии с ранее действующими нормативными правовыми актами. Отказ госоргана в этой части был признан недействительным, ведомство обязали устранить допущенные в отношении предпринимателя нарушения.

Источник: постановление Одиннадцатого арбитражного апелляционного суда по делу № 11АП-6667/2008 от 17 ноября 2008 г.).

ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

Госорган в ходе выездной плановой проверки медицинской организации выявил, что ею не была переоформлена лицензия на медицинскую деятельность.

Лицензия была выдана на оказание медицинских услуг по акушерству и гинекологии. Однако позже нормативными правовыми актами были введены изменения, согласно которым лицензирующий орган может выдавать лицензии на оказание услуг по акушерству и гинекологии, предусматривающие искусственное прерывание беременности либо без нее, а также — по использованию вспомогательных репродуктивных технологий.

Ведомство выдало организации предписание об устранении нарушений. Считая эти положения недействительными, медицинская организация обратилась в суд. Однако суд остался на стороне госоргана, указав, что с 12 декабря 2017 г. у медицинских организаций, оказывающих услуги по акушерству и гинекологии, возникла обязанность переоформить лицензию и актуализировать наименование работ с учетом фактически осуществляемой деятельности.

Источник: решение Арбитражного суда Республики Марий Эл по делу № А38-12493/2018 от 20 марта 2019 г.

На что обратить внимание?

Желательно постоянно отслеживать законодательные изменения и находиться в контакте с юристом, ведущим дела медицинской организации.

ОТСУТВИЕ ЛИЦЕНЗИИ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ВИД УСЛУГ

Заявитель обратился в прокуратуру с жалобой, где сообщил, что получал медицинскую помощь у травматолога. На сайте медицинской организации информация об оказываемых услугах такого рода и расценки на нее имелись. Тем не менее лицензии по данному виду услуг у медицинской организации не было. Прокуратура провела проверку, установила нарушения

и обратилась в суд для привлечения медицинской организации к административной ответственности. Суд признал вину организации в совершении правонарушения, предусмотренного ч. 3 ст. 14.1 КоАП РФ. Было назначено административное наказание в виде предупреждения.

Источник: решение Арбитражного суда Калужской области по делу № А23-2183/2021 от 30 апреля 2021 г.

На что обратить внимание?

Перед началом предоставления услуг следует удостовериться, возможно ли их оказание на основании имеющейся лицензии. Также важно проверять актуальность информации на сайте организации и ее соответствие законодательству.

АННУЛИРОВАНИЕ ЛИЦЕНЗИИ

В 2015 г. проводились три внеплановые проверки медицинской организации, каждая из которых была направлена на контроль соблюдения ранее выданных предписаний об устранении грубых нарушений. Нарушения не были устранены, должностным лицам не была представлена запрашиваемая документация. В этой связи госорган попросил аннулировать лицензию, выданную медицинской организации, и суд удовлетворил его требования.

Источник: решение Арбитражного суда Ульяновской области по делу № А72-243/2016 от 14 марта 2016 г.

На что обратить внимание?

При проведении проверок лучше воспользоваться услугами юристов, которые работают в этой сфере. Главное — не пускать все на самотек. Таким образом можно предупредить возможные злоупотребления со стороны должностных лиц и оперативно устранить нарушения, допущенные медицинской организацией.

Карина Рябинина, юрист

МедВедомости

портал для врачей

www.medvedomosti.media

Доступность материалов — один из главных принципов нашего ресурса

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

урология	кардиология	педиатрия
онкология	неврология	акушерство и гинекология

Доступ с любого устройства

НА ПОРТАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

- новости медицины;
- актуальные материалы научного и прикладного характера для практикующих врачей: аналитические материалы, обзоры, интервью с экспертами, рекомендации по лечению и диагностике, алгоритмы, описания клинических случаев;
- свежие выпуски газет;
- справочники для специалистов;
- анонсы медицинских мероприятий;
- архив газет за последние несколько лет;
- рассылка свежих выпусков газет с учетом профессиональных предпочтений.

Реклама

Новая стратегия лечения рецидивирующего кандидозного вульвовагинита

Кандидозный вульвовагинит (КВВ) — распространенное заболевание, поражающее женщин всех возрастов, и вторая по частоте причина вагинальных инфекций после бактериального вагиноза (БВ). Около 70–75 % женщин переживают хотя бы один эпизод КВВ в течение своей жизни, а рецидивирующее течение наблюдается у 28 %. В 2020 г. профессор Намарта Калия (Kalia N., Индия) назвал рецидивирующие вагинальные инфекции «загадочными» заболеваниями и вместе с соавт. опубликовал статью, оспаривающую общепринятые догмы. Вслед за ними попробуем пересмотреть наши представления о рецидивирующем КВВ (РКВВ).

Г.Б. Дикке

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РКВВ ИЗМЕНИЛОСЬ

Валентино М. Лема (*Lema V.M.*, Малави) в 2017 г. дал новое определение: РКВВ — три эпизода КВВ в течение 12 мес с положительными микроскопическими результатами или посевом, не связанные с терапией антибиотиками, хотя бы в двух случаях симптоматические и по крайней мере с частичным исчезновением симптомов между эпизодами.

РКВВ — «СБИТЫЙ С ТОЛКУ» ДИСБИОЗ

Некоторые механизмы вирулентности грибов и причины развития РКВВ уже хорошо изучены, другие еще предстоит выяснить. Отметим наиболее важные из них.

Полиморфизм *Candida*. Виды *Candida* хотя и присутствуют у 85–95 % здоровых женщин, по-прежнему считаются условно-патогенными микроорганизмами из-за высокой распространенности КВВ. Причина этой двойственности заключается в уникальной характеристике *Candida*, т.е. диморфном переходе, что было установлено Sobel J.D. еще в 1989 г.: *Candida* обладает способностью к морфологическому изменению от округлой дрожжевой клетки (Y-форма) до растущего гифального мицелия (H-форма), что позволяет ему вести двойной образ жизни как в качестве комменсала, так и в качестве патогена. Дрожжевая форма обычно встречается в отсутствие симптомов КВВ в отличие от гифальной, которая неизменно выделяется в случаях КВВ.

Формирование биопленок — основной механизм «обороны» и выживания бактерий и грибов в неблагоприятных условиях (*Swidsinski A. et al.*, 2008). Биопленки гораздо более устойчивы к антимикробным агентам и факторам иммунитета хозяина по сравнению с планктонными клетками.

Резистентность. Известно, что *Candida non-albicans* обладает природной резистентностью к препаратам азолового ряда. В настоящее время в структуре этиологии грибковой инфекции наблюдается увеличение доли *C. non-albicans* до 35 % в России и до 50 % — за рубежом (*Рахматулин М.Р. и др.*, 2020; *Willems H.M.E. et al.*, 2020). *C. albicans* высокочувствительна к противогрибковым лекарственным средствам (ЛС), однако в последние годы обнаруживается все больше резистентных штаммов и определена также перекрестная резистентность (устойчивость к ЛС одной группы) (*WHO*, 2016; *Cross E.W. et al.*, 2000).

Сочетанная инфекция. Высокая частота (82 %) сочетания грибов с патогенными и условно-патогенными

Таблица 1. Результаты применения противогрибковых ЛС и пробиотиков при КВВ по сравнению с противогрибковыми препаратами и плацебо (*Xie H.Y. et al.*, 2017)

Показатели	Количество исследований	Отн. риск	95 % ДИ	Качество
Клиническое излечение	5	1,14	1,05–1,24	Низкое
Микологическое излечение	7	1,06	1,02–1,1	Низкое
Снижение частоты рецидивов через 1 мес	1	1,07	0,86–1,33	Очень низкое
Снижение частоты рецидивов через 3 мес	1	1,30	1–1,7	Очень низкое

микробами и вирусами (бактериально-вирусный «коктейль») (*Дикке Г.Б.*, 2017) приводит к усилению вирулентности вследствие физического и химического взаимодействия между ними, использования побочных продуктов метаболизма, изменения среды и модификации иммунного ответа хозяина (*Niu X.X. et al.*, 2017) и в результате — к нарушению иммунологической защиты на локальном уровне и хронизации процесса.

рН влагалищной среды. *C. Albicans* подвергается воздействию окружающего рН в диапазоне от слабощелочного до кислого (3,5–4,5). При низком рН (<6) клетки в основном растут в дрожжевой форме, тогда как при высоком (>7) — индуцируется рост гиф (*Mayer F.L. et al.*, 2013). Преобладающие виды *Lactobacillus* (*L. Crispatus* и *L. gasseri*), выделяя D-молочную кислоту, поддерживают нормальный рН влагалища и способны подавлять чрезмерный рост *Candida*.

Исследователи связывают нехватку лактобактерий с симптоматическим КВВ также как при БВ и отмечают, что у пациенток с РКВВ плотность лактобактерий в структуре микробиоты влагалища снижается (*Kalia N. et al.*, 2020).

Модуляция цитокинового профиля. Роль лактобактерий не исчерпывается регулированием уровня рН. Один из доминирующих членов микробиоты влагалища — *L. crispatus* — способствует поддержанию гомеостаза репродуктивного тракта посредством ингибирования выработки провоспалительного цитокина ИЛ-8 в эпителиальных клетках и стимулирования противовоспалительного — ИЛ-6. Таким образом, модуляция цитокинового профиля при РКВВ может иметь решающее значение.

Иммунологическая толерантность. Комменсальные Y-клетки дружелюбно воспринимаются иммунной системой хозяина, но когда механизмы

толерантности нарушаются, Y-форма гриба переходит в H-форму, проявляет признаки вирулентности, гифы образуют прочный слой биопленки, который сильно прилипает к внешнему слою эпителия влагалища, а затем проникает в него.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ КВВ, СВЯЗАННЫЕ С ЛЕЧЕНИЕМ

Классические противогрибковые препараты оказывают фунгицидное действие. Для лечения РКВВ предлагается супрессивная терапия антимикотическими средствами азолового ряда (при сохранении чувствительности к ним возбудителей) или ЛС других групп (при резистентности), схемы которой указаны в клинических рекомендациях (РОАГ, 2015; 2019; UISTI/WHO, 2018). Вместе с тем такая терапия не лишена недостатков, а именно:

- увеличивает время до очередного рецидива, но не обеспечивает длительного эффекта;
 - может вызывать резистентность *C. albicans* при длительном применении;
 - может привести к смещению спектра видов *Candida* с увеличением *C. non-albicans*, обладающих природной резистентностью к средствам азолового ряда.
- Учитывая роль рН и недостаток лактобактерий в патогенезе РКВВ, поиск ЛС по аналогии с БВ был направлен на изучение возможности использования пробиотиков. Однако в заместительной терапии пробиотиками есть минусы:

- экзогенные лактобактерии после введения во влагалище адгезируются на поверхности эпителия, но из-за процессов регенерации и слущивания не способны продолжать расти и колонизировать влагалище, поэтому их присутствие весьма ограничено по времени (*Крамарь Л. В.*, 2015);
- пробиотические штаммы лакто- и/или бифидобактерий могут вступать в конкурентные взаимоотношения с собственными лактобактериями пациента (*Глушанова Н.А.*, 2005);
- *Candida* способна нейтрализовать аммиаком избыток кислоты, продуцируемой лактобактериями, и таким образом противодействовать снижению рН (*Vylkova S.*, 2011).

Полезны ли пробиотики при КВВ? Ответ на этот вопрос дал систематический обзор и метаанализ, опубликованный в базе Кокрейна (табл. 1). Выводы авторов: пробиотики НЕ эффективны в лечении острого эпизода и профилактики РКВВ.

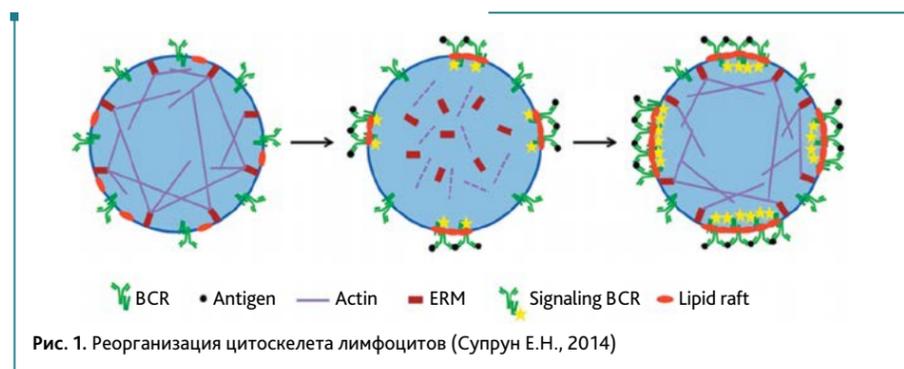


Рис. 1. Реорганизация цитоскелета лимфоцитов (Супрун Е.Н., 2014)

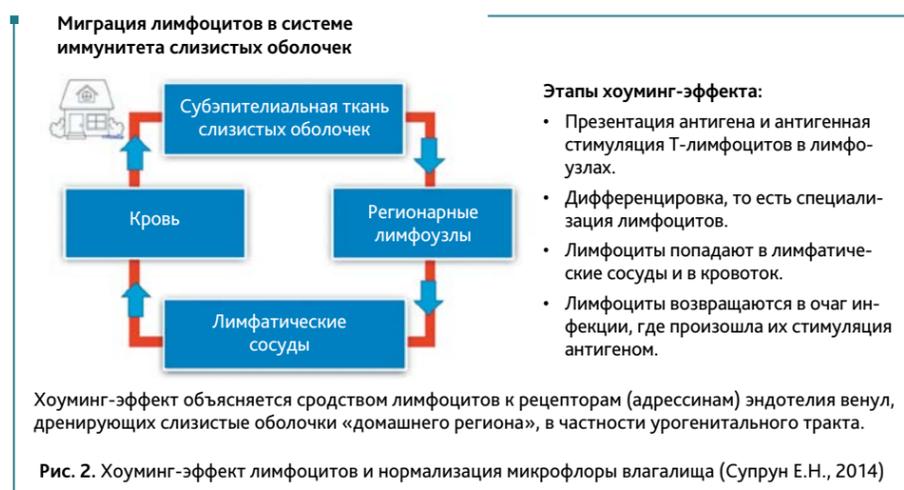


Рис. 2. Хоуминг-эффект лимфоцитов и нормализация микрофлоры влагалища (Супрун Е.Н., 2014)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РКВВ: ПОИСК ПРОДОЛЖАЕТСЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ — ЕСТЬ!

Недавно в качестве новой многообещающей противогрибковой стратегии было предложено целенаправленное воздействие на факторы патогенеза при устойчивых (рецидивирующих) формах заболевания.

Цель новой стратегии — модуляция локального иммунного ответа. Как выяснилось, значимость системного иммунитета в патогенезе РВВК сомнительна. Есть ряд наблюдений и исследований, подтверждающих данное предположение, — РВВК встречается одинаково часто среди иммунокомпетентных женщин и женщин с ослабленным иммунитетом (White M.H., 1996; Leigh J.E. et al., 2001; Fidel P.L., 2007). Защитная роль гуморального иммунитета была и остается неопределенной. В то же время выявлен клеточно-опосредованный дефект иммунитета в ответ на антиген *Candida*: снижается активность Т-клеток, Т-хелперов и провоспалительных цитокинов, а макрофаги, дендритные клетки и полиморфноядерные нейтрофилы теряют цитотоксические свойства (Yano J. et al., 2018).

ЭЗРИН — РЕГУЛЯТОР КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И РЕПАРАНТ ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Эзрин — мембран-цитоскелетный белок, названный в честь Эзры Корнелла, соучредителя Корнеллского университета. В стенах этого университета эзрин был впервые выделен из микроворсинок эпителиальных клеток.

В настоящее время известно, что эзрин участвует в регуляции приобретенного иммунитета и способствует:

- реорганизации цитоскелета лимфоцитов, что обеспечивает взаимосвязь между внешними и внутренними процессами в клетке (рис. 1);
- миграции лимфоцитов из очага инфекции в кровотоки и обратно с последующей концентрацией лимфоцитов в очаге инфекции. Это завершающий этап хоуминг-эффекта (*homing-effect*), цель которого — эффективная эрадикация возбудителя (рис. 2);
- стимуляции продукции α - и β -ИФН и ограничению выработки провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α);

Таблица 2. Объем растворителя для приготовления раствора Гепона

Гепон, мг	Способ применения	Гепон 0,02 %-ный р-р		Гепон 0,04 %-ный р-р	
		1 мг	2 мг	1 мг	2 мг
Вода для инъекций, мл	наружно	–	–	2,5	5
0,9 %-ный раствор NaCl, мл	местно	5	10	–	–

Кроме того, эзрин выполняет важные функции во влагалище:

- модулирует клеточные взаимодействия;
- регулирует химический и микробный трафик, определяющий pH и микробиоценоз;
- организует рецепторные комплексы и их сигнальную трансдукцию.

ГЕПОН — ПОЛИПЕПТИДНЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР НА ОСНОВЕ ЭЗРИНА

Пептид, состоящий из 14 аминокислот, аналогичных фрагменту белка эзрина — Human Ezrin Peptide 1 (HEP-1), или Гепон способствует активации его молекулы посредством конформации — изменения пространственного расположения атомов за счет поворота вокруг сигма-связей (Holms, R.D., 2020), придавая эзрину иммуномодулирующие свойства. Молекула Гепона разработана в Великобритании в 1994 г. доктором молекулярной биологии Рупертом Холмсом (Rupert D. Holms). За 25 лет с момента введения в клиническую практику препарата Гепон было проведено более 90 исследований с участием свыше 5000 человек. В ряде отечественных исследований отмечено, что применение Гепона способствовало нормализации микрофлоры различных биотопов: полости рта, кишечника, влагалища, кожи. В частности, в исследовании Тищенко А.Л. (2001) через 1 мес после лечения препаратом Гепон у большинства пациентов с РВВК в анамнезе нормализовалось содержание кокков, палочек, наблюдалась элиминация гифальной формы *Candida*, отсутствовали цервицит, выделения гнойного и творожистого характера.

Предположительно нормализация микрофлоры после применения Гепона связана с активацией хоуминг-эффекта (Кузьмина Д.А., 2011). Согласно исследованию (Отчет, 1998), Гепон повышает экспрессию L-селектина на Т-лимфоцитах, который действует как «рецептор хоуминга» лимфоцитов для проникновения

во вторичные лимфоидные ткани через высокие эндотелиальные венулы. Клинические результаты применения препарата Гепон подтвердили его выраженное иммуномодулирующее и противовоспалительное действие (Тищенко А.Л., 2001; Шабашова Н.В. и соавт., 2010; Хаитов Р.М. и соавт., 2020). Применение Гепона у больных РКВВ приводит к уменьшению или исчезновению симптомов воспаления влагалища уже через 1–2 дня, отсутствию клинических симптомов у 90–93 % пациентов через 1 и 3 мес после лечения (рис. 3), а главное — к отсутствию рецидивов КВВ в течение 1,5 лет.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕПОН

Показания — в составе комбинированной терапии:

- лечение инфекций слизистых оболочек и кожи, вызванных грибами *Candida*;
- снижение интенсивности воспаления (гиперемия, отек, зуд, жжение, боль) слизистых оболочек и кожи, сухости слизистых оболочек;
- профилактика кандидоза слизистых оболочек и кожи на фоне терапии антибиотиками.

Противопоказания:

- гиперчувствительность к Гепону;
- детский возраст до 12 лет.

У женщин применяют местно или наружно (табл. 2):

- для обработки слизистой вульвы, влагалища — 0,02 %-ный раствор Гепона (физ. раствор);
- для примочек на пораженные участки кожи, прилегающие к входу во влагалище, — 0,04 %-ный раствор Гепона (вода для инъекций).

В качестве дозирующего устройства для инстилляций, нанесения на кожу и слизистые оболочки или смачивания марлевых салфеток используется шприц. Курс лечения: в 3 приема (1 раз/сут) с интервалом 1–3 дня.

Применение при беременности и грудном вскармливании

Применение возможно, если потенциальная польза для матери превышает возможный вред для плода. Гепон не рекомендуется для применения в период грудного вскармливания.

Таким образом, недавние открытия позволили сделать вывод, что РВВК имеет иммунопатологическую природу. Это повлекло за собой разработку новых подходов к лечению — в частности, введение в практику средства Гепон, нормализующего иммунный ответ, восстанавливающего защитные свойства слизистых и благодаря этому способствующего снижению частоты рецидивов.

Список литературы находится в редакции

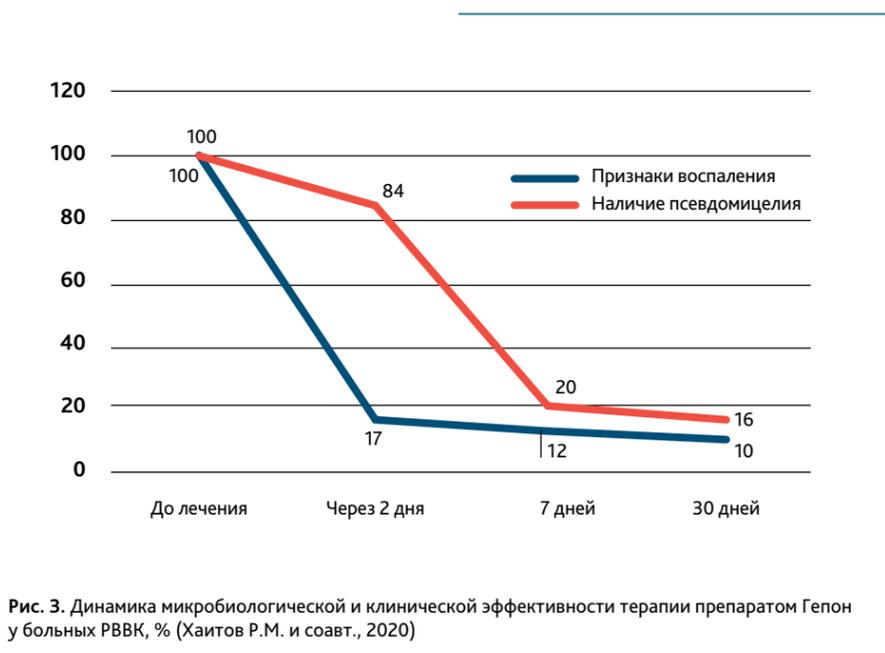


Рис. 3. Динамика микробиологической и клинической эффективности терапии препаратом Гепон у больных РВВК, % (Хаитов Р.М. и соавт., 2020)

ГЕПОН®

НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА

Лиофилизат для приготовления раствора для местного и наружного применения, 2 мг. Р NР 000015/01

- Препарат универсального действия: при любой форме вульвовагинального кандидоза, независимо от штамма *Candida*¹
- Оказывает действие при сухости слизистых оболочек², снижает симптомы воспаления в течение 1–2 дней после применения¹
- Действует на местные иммунные нарушения — причину рецидивирования молочницы²
- Показан для профилактики кандидоза слизистых оболочек и кожи на фоне терапии антибиотиками¹

Наименование держателя (владельца) регистрационного удостоверения / Организация, принимающая претензии: ООО «Авексима», Россия, 125286, г. Москва, Ленинградский проспект, д.31А, стр.1, тел.: 8 (495) 258-45-28

Адрес производства: ООО «Иммфарма», 125098, г. Москва, ул. Гамалеи, д.18, стр.11.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата ГЕПОН®, лиофилизат для приготовления раствора для местного и наружного применения. Р NР 000015/01 от 01.09.2013.
2. Таченко Л.В., Углова Н.Д., Свиридова Н.И. Практические аспекты лечения рецидивирующего вульвовагинального кандидоза. Трудный диагноз. 2007; 1: 5. № 4. С. 24-26.
3. Тищенко А.Л. Новый подход к лечению рецидивирующего урогенитального кандидоза. Гинекология. М.: Медиа Медика. 2001; 3(6): 210-2.

ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



Женская сексуальность. Нормы и дисфункции

Под ред. Э. Константины, Д. Виллари, М. Т. Филокамо.

Пер. с англ. под ред. М.В. Екимова

ISBN 978-5-9704-6062-7

В руководстве всесторонне рассмотрены особенности женской сексуальности, включая социокультурные аспекты, анатомические, физиологические и психологические факторы. Представлены система оценки женской сексуальной функции и анализ проблем, затрагивающий нарушение психосексуального развития как гендерную дисфорию. Освещены основные заболевания и нарушения, влияющие на женскую сексуальность. Отражено влияние злоупотребления психоактивными веществами на женскую сексуальную функцию. Большой интерес представляют описанные в книге методы терапевтического отдаления и задержки возраста начала пубертата, что обеспечивает большую адекватность решения о смене пола.

Издание предназначено сексологам, психотерапевтам и семейным психологам, гинекологам, урологам, а также будет полезным врачам общей практики и студентам старших курсов медицинских вузов.

Заказать-купить:

<http://abvpress.ru>

раздел:
Наши проекты — книги

<https://urss.ru>

вести название книги
в строку «Поиск»

<https://www.ozon.ru>

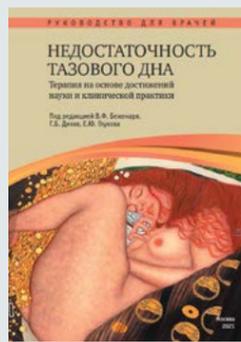
Недостаточность тазового дна. Терапия на основе достижений науки и клинической практики

Под ред. В.Ф. Беженаря, Г.Б. Дикке, Е.Ю. Глухова.

М.: АБВ-пресс, 2021. 468 с.: ил.

ISBN 978-5-6044613-4-1

Книга содержит сведения об эпидемиологии, этиологии и патогенезе недостаточности тазового дна, клинических проявлениях. В ней изложены алгоритм и методы диагностики, включающие мануальные приемы и функциональные исследования, с описанием методики их выполнения. Представлены методы консервативного и оперативного лечения недостаточности тазового дна. Тексты иллюстрированы собственными клиническими наблюдениями авторов. Эффективность описанных методов лечения представлена результатами научных исследований, опубликованными в периодической печати, и личным практическим опытом авторов. Книга предназначена для организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов, урологов, проктологов, врачей общей практики, ординаторов.



Гиперандрогенные синдромы в гинекологии

И.Б. Манухин, М.А. Геворкян, Е.И. Манухина

ISBN 978-5-9704-5666-8

В руководстве описаны наиболее часто встречающиеся гиперандрогенные синдромы: синдром поликистозных яичников, метаболический синдром, врожденная дисфункция коры надпочечников. Раскрыты современные представления о патогенезе, методах диагностики и дифференциальной диагностики источников гиперпродукции андрогенов: яичников, надпочечников, жировой ткани и др. Рассмотрены эффективные методы патогенетической терапии, воздействующие на все источники гиперпродукции андрогенов, которые помогут восстановить репродуктивное здоровье. В каждом разделе приведены наиболее интересные клинические примеры из практики авторов. Издание предназначено акушерам-гинекологам амбулаторной сети, родильных домов и перинатальных центров гинекологических отделений стационаров, сотрудникам кафедр акушерства и гинекологии, слушателям факультетов повышения квалификации, медицинским работникам, аспирантам, клиническим ординаторам и студентам медицинских вузов.

Микробиом в медицине

И.О. Стома

ISBN: 978-5-9704-5844-0

Книга представляет собой первое русскоязычное междисциплинарное фундаментальное руководство, в котором отражены современная терминология, методы исследования микробиома, а также практические аспекты медицинских воздействий на состав комменсальных микроорганизмов в теле человека. Приведена наиболее актуальная информация о микробиоме кишечника, дыхательной системы, кожи, репродуктивной системы в контексте ряда инфекционных и неинфекционных заболеваний. Издание предназначено врачам клинических специальностей, студентам, магистрантам, аспирантам, а также преподавателям биологических и медицинских вузов.



ОТДОХНИ



Выбор Наталии Алексеевны Габитовой

Габриэль Гарсиа Маркес «Сто лет одиночества»

Жанр: роман

Год публикации первого издания: 1967

Переведен на 35 языков мира

Одна из величайших книг XX века. Странная, поэтичная, причудливая история города Макондо, затерянного где-то в джунглях, — от сотворения до упадка. История рода Буэндиа — семьи, в которой чудеса столь повседневны, что на них даже не обращают внимания. Клан Буэндиа порождает святых и грешников, революционеров, героев и предателей, лихих авантюристов и женщин, слишком прекрасных для обычной жизни. В нем кипят необычайные страсти и происходят невероятные события. Однако эти невероятные события снова и снова становятся своеобразным «волшебным зеркалом», сквозь которое читателю является подлинная история Латинской Америки...



Выбор главного редактора Галины Борисовны Дикке

Доктор Лиза

Фильм

Россия, 2020

Жанр: драма, биография

Режиссер: Оксана Карас

В ролях: Чулпан Хаматова, Анжей Хыра, Константин Хабенский



Один день из жизни Елизаветы Глинки — филантропа и основательницы фонда «Справедливая помощь». Еще утром она планировала провести его с семьей, отмечая 30-летие свадьбы, но даже сегодня не может отключить телефон. Доктор Лиза должна ехать на вокзал, чтобы накормить бездомных, и к знакомому врачу Шевкунову, чтобы попросить морфин для умирающей девочки.

Все это время за ней следят правоохранительные органы, которые давно интересуются этой чрезвычайно энергичной благотворительницей.

Акушерство и гинекология

2 (10) / 2021

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: Кобринская Е.Р.
Дизайн и верстка: Первиспа 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 № 211601

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>