

Акушерство и гинекология

сегодня

www.abvpress.ru



№ 1 (13) / 2022

Тема
номера

Недостаточность тазового дна

Наследие
доктора Кегеля

с. 3

Трудный диалог
на «неудобную»
тему

с. 4

История беременности
и родов у женщины
с невынашиванием
в анамнезе

с. 8

Кожа как отражение
физиологии и патологии
беременности

с. 10

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!

В 1990 г. профессор Giuseppe Dodi (Италия) сообщил о рождении новой «супер-специальности» — пельвиперинеологии, что было обусловлено необходимостью нового подхода к проблемам тазового дна, а именно комплексной их оценки врачами пяти специальностей: урологов, гинекологов, колоректальных хирургов, физиотерапевтов и гериатров. Сегодня пельвиперинеология — отрасль науки, изучающая развитие, строение и функции промежности в норме и при различных патологических состояниях, врожденных и приобретенных.

Пролапс органов малого таза является одним из проявлений недостаточности тазового дна и нередко сочетается с недержанием мочи. Ложная стыдливость заставляет большинство женщин избегать обращений к врачу по этому поводу, а явный дефицит опыта общения с пациентами на данную тему и знаний приемов и навыков ранней диагностики данного состояния приводит к тому, что чаще всего врачи сталкиваются уже с запущенными формами заболевания, когда хирургическая операция становится неизбежной.

Такое положение необходимо менять в корне, и новая парадигма недостаточности тазового дна дает тому веское основание. Осталось только изменить собственное отношение к этой проблеме. Настоящий выпуск нашей газеты призван помочь вам в этом. Следует помнить, что пролапс начинается в молодом возрасте и далее прогрессирует. Поэтому есть большой временной интервал — не менее 10–15 лет, когда мы можем повлиять на этот процесс консервативными методами и предотвратить развитие тяжелых форм.

ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТОМ

Качество жизни женщины при пролапсе. Восстановить и сохранить

Первые упоминания о дисфункции мышц тазового дна были обнаружены в древнем папирусе Эберса (1550 г. до н.э.). Несмотря на то что с тех давних времен изменились условия жизни женщин, их репродуктивная нагрузка, актуальность пролапсов по-прежнему сохраняется: выпадения тазовых органов, нарушения их топографии, анатомические дефекты промежности весьма нередки и в наши дни. Игнорировать эту проблему нельзя: оставляя пациентку без должной помощи, мы как минимум обрекаем ее на низкое качество жизни. О том, что предлагает современная медицина для решения этой непростой клинической задачи, рассказал д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Уральского государственного медицинского университета Евгений Юрьевич Глухов.

— Евгений Юрьевич, скажите, проблема тазовых пролапсов в самом деле сейчас столь же существенная, сколь и пока не полностью решенная?

— В современных реалиях, когда на первые места среди медицинских проблем вышли коронавирусная инфекция, очередной демографический спад, материнская смертность и ряд других весьма объективных причин для тревоги всего медицинского сообщества, клиническая ситуация с пролапсами тазовых органов как-то оказалась «в тени». Однако это не значит, что проблема утратила свою значимость, особенно если посмотреть шире: это касается не только здоровья женщины, но и ее самооущения, качества жизни.

Статистика неутешительна: прогнозы



ряда экспертов говорят о том, что количество женщин, имеющих хотя бы одно нарушение функций тазового дна, увеличится с 28,1 млн в 2010 г. до 43,8 млн к 2050 г. В целом в популяции пролапс тазовых органов регистрируют у половины всех женщин с вагинальными родами в анамнезе, а среди пациенток 40–49 лет — почти у 72 %. При этом

одно из наиболее распространенных сопутствующих патологических состояний — недержание мочи — возникает примерно у 69 % рожавших. При всей очевидности и достаточно широком спектре лечебных стратегий помощь пациентка нередко получает с большим опозданием. На наш взгляд, существенно продвинуться в решении этой задачи мы можем, повышая осведомленность широкого круга врачей о методах диагностики и лечения пролапса, готовя специалистов высокого уровня, работающих в этой области, а также налаживая доверительный диалог с пациентами.

— Чем опасен пролапс?

— О простой форме тазового пролапса говорят в случае отсутствия симптомов

Продолжение на с. 2 ►

НОВОСТИ

Наведение мостов: глобальная инфраструктура для бесперебойного обмена геномными данными



За последние полтора десятилетия в области биомедицины произошел взрывной рост объема и разнообразия геномных данных и данных, связанных со здоровьем. Однако до недавнего времени отсутствовала инфраструктура, из-за чего исследователям было сложно обмениваться и анализировать эти данные и превращать их в знания, которые могут принести пользу пациентам.

Решение было найдено — создан Глобальный альянс по геномике и здоровью (GA4GH) — сообщество из 650 организаций и 1000 других членов из более чем 90 стран. Задачей альянса является разработка стандартов, политик и подходов, которые продвигают эффективный обмен данными, чтобы исследователи могли согласованно обмениваться и анализировать геномные и клинические данные о здоровье.

Источник: <https://www.broadinstitute.org/>

Качество жизни женщины при пролапсе. Восстановить и сохранить

Продолжение, начало на с. 1

«вовлеченности» соседних органов. Но бывает осложненная форма, при которой пациентка испытывает учащенное мочеиспускание, непроизвольное выделение мочи, а иногда затруднение при мочеиспускании, недержание кала или, наоборот, запоры. Дисфункция тазового дна нередко сопровождается нарушением либидо, снижением сексуального возбуждения, болью во время полового акта, а в ряде случаев — аноргазмией. Почти у половины пациенток отмечается зияние половой щели, что, в свою очередь, способствует увеличению частоты воспалительных заболеваний. Очевидно, что столь внушительный список недугов совсем не вяжется с представлениями о высоком качестве жизни.

Хочется также отметить, что многие женщины не решаются говорить с врачом об этих проблемах, оставаясь с ними один на один. Именно поэтому так важно, чтобы специалист был нацелен на диагностический поиск при обращении к нему по любому поводу, а также при профилактических осмотрах, побуждая пациентку к откровенному разговору.

— Сегодня существуют два подхода к лечению пролапсов: консерватив-

ный и хирургический. Однако до сих пор их часто рассматривают независимо друг от друга, хотя известно, что применение комплексной терапии оказывается гораздо более эффективным. Вы разделяете эту точку зрения? — При лечении пролапсов большинство специалистов предпочитают использовать хирургические методики, позволяющие получить результат в короткие сроки. Тем не менее в качестве мер профилактики, лечения на ранних этапах болезни и реабилитации не только возможна, но и необходима консервативная терапия. К ней относят тренировку мышц тазового дна, использование pessaries и лекарственных препаратов.

Мне бы хотелось привести несколько примеров наших подходов к лечению различных форм пролапса и сопутствующих нарушений. Так, у пациенток с незначительным пролапсом и нарушением сексуальной функции из-за травмы мышц тазового дна во время родов, денервацией и вследствие этого анестезией тазовых структур (без выраженного зияния половой щели) перспективным методом лечения является БОС-терапия в количестве 10–15

сеансов с последующей самостоятельной тренировкой мышц тазового дна с использованием вагинальных тренажеров в домашних условиях. По нашим данным, порядка 70 % пациенток имеют положительные результаты от применения этого комплекса.

Если говорить о недержании мочи, то, согласно всем клиническим рекомендациям, при легкой и средней степени стрессового недержания лечение начинают с тренировок мышц тазового дна. Это и статические тренировки с помощью портативных вагинальных конусов, и динамические — БОС-терапия и/или использование вагинальных тре-

подготовить слизистую влагалища и, что самое главное, уменьшить величину генитальной грыжи. В совокупности эти мероприятия значимо влияют на результат хирургического лечения.

Пессарий — это еще и диагностическое средство выявления скрытой формы стрессового недержания мочи, когда мы заранее можем спланировать двухэтапный подход: коррекция пролапса и в последующем субуретральный слинг.

Еще одно направление — применение лазерной терапии (CO₂-лазер), весьма эффективной для коррекции проблемы «широкого» влагалища, вагинальной

При лечении пролапсов большинство специалистов предпочитают использовать хирургические методики, позволяющие получить результат в короткие сроки. Тем не менее в качестве мер профилактики, лечения на ранних этапах болезни и реабилитации не только возможна, но и необходима консервативная терапия

нажеров. Если имеет место смешанное недержание мочи (сочетание с гиперактивностью мочевого пузыря) у пациенток старшего возраста, когда присоединяется атрофический компонент, то в обязательном порядке применяются местно эстрогены, а в случае поллакиурии (более 8 раз) или ноктурии (более 2 раз) к эстрогенам добавляют М-холинолитики. Как правило, такая терапия эффективна, но в случае недостаточного эффекта (сохранения клиники стрессовой мочевого incontinenции) через 6 месяцев выполняется установка субуретрального слинга оперативным путем.

Мы считаем, что тренировки мышц тазового дна необходимо рекомендовать абсолютно всем женщинам после родов, а после родовых травм (разрывов промежности, эпизиотомии, наложения акушерских щипцов и т.д.) — БОС-терапию и вагинальные тренажеры длительно, так как восстановление мышц в таких случаях происходит очень и очень медленно, даже медленнее, чем после оперативного лечения тяжелых форм пролапса.

До сих пор среди специалистов нет однозначного мнения относительно pessaries. Мы считаем, что при тяжелых формах пролапса и его осложнениях в виде функциональных нарушений со стороны соседних органов (затруднение мочеиспускания и дефекации) первое, что необходимо предложить женщине, — это pessary. Также pessary является методом выбора у пациенток с острой задержкой мочи вследствие полного выпадения мочевого пузыря (цистоцеле 3–4-й степени). Наши наблюдения показывают, что каждая пятая пациентка с тяжелым пролапсом после небольшого периода использования правильно подобранного pessaria отказывается от операции, и это большое благо, так как операция связана с риском послеоперационных осложнений и рецидивов.

Кроме того, длительное ношение pessaria перед операцией позволяет скомпенсировать соматическую патологию,

атрофии и стрессовой incontinenции. Эта технология дает временный эффект и требует повторения.

— Иногда операция преследует единственную цель — восстановление анатомии, хотя, скорее всего, ничуть не менее значимо достижение нормализации функции органа. Как вы полагаете, стоит ли выделять «в отдельное производство» эти задачи?

— Мы не добьемся хорошего качества жизни пациентки, если будем выбирать что-то одно. Для меня понятия анатомии и функции органа неразделимы. Но для достижения этих целей требуются полноценная предоперационная оценка всех фасциальных и мышечных дефектов, правильный выбор объема и метода операции, ну, и большое мастерство хирурга. Тщательно спланированная последующая послеоперационная реабилитация пациентки значимо улучшит результат лечения.

К задачам хирургической коррекции пролапса легкой степени, рубцовых деформаций влагалища и промежности я бы отнес восстановление фасциальных дефектов стенок влагалища, сужение входа во влагалище, устранение рубцовых деформаций стенок влагалища и промежности, комплексное восстановление эстетики наружных половых органов.

При выраженном зиянии половой щели, расширении леваторного отверстия вследствие отрыва леваторов от сухожильного центра промежности консервативная терапия малоперспективна. Пока мы хирургическим путем не добьемся правильного сопоставления луковично-губчатых мышц и устранения дефектов поверхностно-поперечной мышцы, то есть не восстановим такое анатомическое образование, как *constrictor cuni*, и не сомкнем половую щель, мы не получим необходимого эффекта. Это можно сделать только хирургически — либо добиться временного

Продолжение на с. 5

КОНГРЕССЫ И СЕМИНАРЫ 2022

10–12 ФЕВРАЛЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

VIII Общероссийский конференц-марафон «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ К ЗДОРОВОМУ МАТЕРИНСТВУ И ДЕТСТВУ»

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

13–15 МАЯ
МОСКВА

VII Междисциплинарный форум с международным участием «ШЕЙКА МАТКИ И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»

I Национальный конгресс «ANTI-AGEING И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»

9	23	Пн	
10	24	Вт	
11	25	Ср	
12	26	Чт	
13	27	Пт	
14	28	Сб	
1	15	29	Вс
2	16	30	Пн
3	17	31	Вт
4	18	Ср	
5	19	Чт	
6	20	Пт	
7	21	Сб	
8	22	Вс	

17–19 МАРТА
МОСКВА

VII Общероссийский семинар «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕСЕННИЕ КОНТРАВЕРСИИ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31											

21–23 АПРЕЛЯ
КАЗАНЬ

VIII Общероссийский конгресс «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Korston Club Hotel Kazan

11	25	Пн	
12	26	Вт	
13	27	Ср	
14	28	Чт	
1	15	29	Пт
2	16	30	Сб
3	17	Вс	
4	18	Пн	
5	19	Вт	
6	20	Ср	
7	21	Чт	
8	22	Пт	
9	23	Сб	
10	24	Вс	

7–10 СЕНТЯБРЯ
СОЧИ

XVI Общероссийский научно-практический семинар «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

XIII Всероссийская научно-практическая конференция и выставка «ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА»

Гранд-отель «Жемчужина»

Зимний театр

12	26	Пн	
13	27	Вт	
14	28	Ср	
1	15	29	Чт
2	16	30	Пт
3	17	Сб	
4	18	Вс	
5	19	Пн	
6	20	Вт	
7	21	Ср	
8	22	Чт	
9	23	Пт	
10	24	Сб	
11	25	Вс	

27–29 ОКТЯБРЯ
НОВОСИБИРСК

VI Общероссийский научно-практический семинар «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Дворец культуры железнодорожников

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31											

StatusPraesens

MAPC

spnavigator

РУДН

Внимание! Дата и место проведения могут измениться. Следите за новостями на сайте praesens.ru.

+7 (499) 346 3902
8 (800) 600 3975

ova@praesens.ru

praesens.ru

stpraesens

praesens

statuspraesens

10–11 НОЯБРЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

IV Общероссийская научно-практическая конференция для акушеров-гинекологов «ОТТОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта

14	28	Пн	
1	15	29	Вт
2	16	30	Ср
3	17	Чт	
4	18	Пт	
5	19	Сб	
6	20	Вс	
7	21	Пн	
8	22	Вт	
9	23	Ср	
10	24	Чт	
11	25	Пт	
12	26	Сб	
13	27	Вс	

Реклама

Акушерство и гинекология сегодня № 1 (13) / 2022

Наследие доктора Кегеля

Родоначальником физических упражнений для мышц тазового дна (МТД) является американский врач немецкого происхождения Арнольд Кегель (Arnold Kegell, 1894–1981). Он был хирургом, но разработанный им способ лечения стрессового недержания мочи (НМ) у женщин позволил Кегелю в 84 % случаев избавить своих пациенток от необходимости хирургического вмешательства.

Важным условием выполнения упражнений А. Кегель считал использование специального прибора — перинеометра, который он изобрел и запатентовал в 1947 г. Перинеометр представляет собой вагинальный баллонный катетер, соединенный с манометром (динамометром), который измеряет интравагинальное давление, увеличивающееся при сокращении мускулатуры тазового дна (рис. 1). Регистрируемым значением является пиковое давление, определяемое на высоте сокращения.



Рисунок 1. Оригинальный перинеометр Кегеля

Пневматическая камера длиной около 3 дюймов и шириной менее 1 дюйма прикрепляется трубкой к прибору для измерения давления в диапазоне от 0 до 100 мм рт. ст.

Вдохновение от результатов, полученных А. Кегелем, привело к широкому использованию упражнений по разработанной им методике, заключающейся в сокращении и расслаблении МТД. Но большинство врачей игнорировали использование перинеометра, что быстро привело к разочарованию. Причиной являлось то, что многие женщины (33–45 %) неспособны выполнить такое упражнение, причем чем слабее мышцы тазового дна, тем менее эффективно они могут тренироваться. Вот почему так важно иметь устройство, которое позволяет пациентке контролировать свои действия.

А. Кегель (1949) заключил, что успешная программа тренировок должна включать 4 элемента:

- определение пациенткой мышцы, которую надо сокращать (обучение);
- выполнение упражнений с сопротивлением, которое создается датчиком перинеометра;
- наличие обратной связи (показания манометра);
- прогрессивное увеличение интенсивности упражнений.

Доктор Кегель подчеркивал необходимость использования перинеометра для обеспечения сопротивления при

сокращении мышц и обратной связи для правильного выполнения упражнений, утверждая: «Пациентки сильно различаются по своей способности сокращать тазовые мышцы. Многие, особенно с выраженной слабостью мышц тазового дна, с первой попытки не могут создать давление даже в несколько миллиметров. Постепенно, с практикой, когда мышцы укрепляются с помощью упражнений, сила сокращений возрастает и часто достигает 60–80 мм рт. ст. и более. Женщина, которая имеет возможность наблюдать медленный, но устойчивый изо дня в день прогресс на манометре, будет воодушевлена на продолжение хорошей работы».

Именно самостоятельный контроль правильности сокращений МТД с помощью перинеометра обеспечивает эффективность занятий, создает у пациентки мотивацию к постепенному увеличению нагрузки и регулярным тренировкам, что позволяет получить ожидаемые клинические результаты.

Перинеометр А. Кегеля стал прообразом медицинских аппаратов, используемых в настоящее время для предоставления информации пациентке о состоянии или изменении тех или иных физиологических процессов, получивших название биологической обратной связи (БОС).

Метод основывается на принципе перевода информации, получаемой при помощи специальных датчиков от тела человека (электрические физиологические сигналы), в сигналы обратной связи — картинку и/или звук, отображаемые на мониторе компьютера или дисплее самого аппарата (рис. 2). БОС-терапия позволяет пациентке научиться контролировать физиологические параметры и закреплять эти

навыки, с тем чтобы в дальнейшем использовать их в повседневной жизни. В частности, во время физических тренировок суммарная электрическая активность мышц тазового дна регистрируется с помощью электромиографии, и результат представляется на экране монитора в режиме реального времени в виде кривой, пики которой соответствуют силовому максимуму сокращения, а спады — расслаблению мышц.

Многоканальные приборы для БОС-терапии на основе электромиографии признаны на сегодняшний день наиболее совершенными. С помощью дополнительных датчиков они регистрируют не только сокращения МТД, но и активность других мышц (передней брюшной стенки, ягодиц, бедер), сокращения которых также отображаются на экране в виде дополнительных диаграмм.

Это необходимо для того, чтобы сформировать правильный двигательный



Перинеометр А. Кегеля стал прообразом медицинских аппаратов, используемых в настоящее время для предоставления информации пациентке о состоянии или изменении тех или иных физиологических процессов, получивших название биологической обратной связи (БОС)

стереотип — изолированные координированные сокращения и расслабления МТД без вовлечения внетазовых мышц. Развитие и закрепление такого навыка происходит примерно в течение 5–7 сеансов (иногда до 10). Вовлечение в процесс тренировок мышц передней брюшной стенки может привести к обратному эффекту — повышению внутрибрюшного давления, которое оказывается выше способности тазовых структур противостоять ему, и усугублению нарушений тазового дна.



Однако при всех достоинствах указанного аппаратного комплекса у него есть ограничения: необходимость ежедневного (или через день) посещения пациенткой лечебного учреждения в установленные часы, дороговизна, а в связи с этим — ограниченное количество процедур на курс и необходимость проведения повторных курсов терапии 1–2 раза в год для поддержания достигнутого эффекта. А учитывая, что такие аппараты отсутствуют в широкой сети лечебно-профилактических учреждений, лечение становится малодоступным для всех нуждающихся в нем пациенток.

Предлагаемой альтернативой можно считать портативные недорогие приборы с функцией БОС для домашнего использования.

Один из них — цифровой перинеометр, современный аналог перинеометра Кегеля на основе пневматического вагинального датчика давления. Однако, как мы уже знаем, показания такого перинеометра следует интерпретировать с учетом описанных выше факторов. Поэтому во всех публикациях акцентируется внимание на необходимости предварительного обучения пациенток как перед диагностическим тестированием, так и перед началом тренировок, включая проведение первых сеансов под наблюдением врача, с дальнейшим периодическим контролем.

В систематическом обзоре Кокрейн (24 РКИ, $n = 2394$, возраст 45–85 лет) указывается, что как контролируемые врачом/инструктором, так и неконтролируемые (в домашних условиях) ТМТД эффективны при лечении НТД, если предварительно проводится надлежащий тренинг. Никаких существенных различий по результатам исследований с точки зрения групповой и индивидуальной эффективности обучения обнаружено не было. 📌

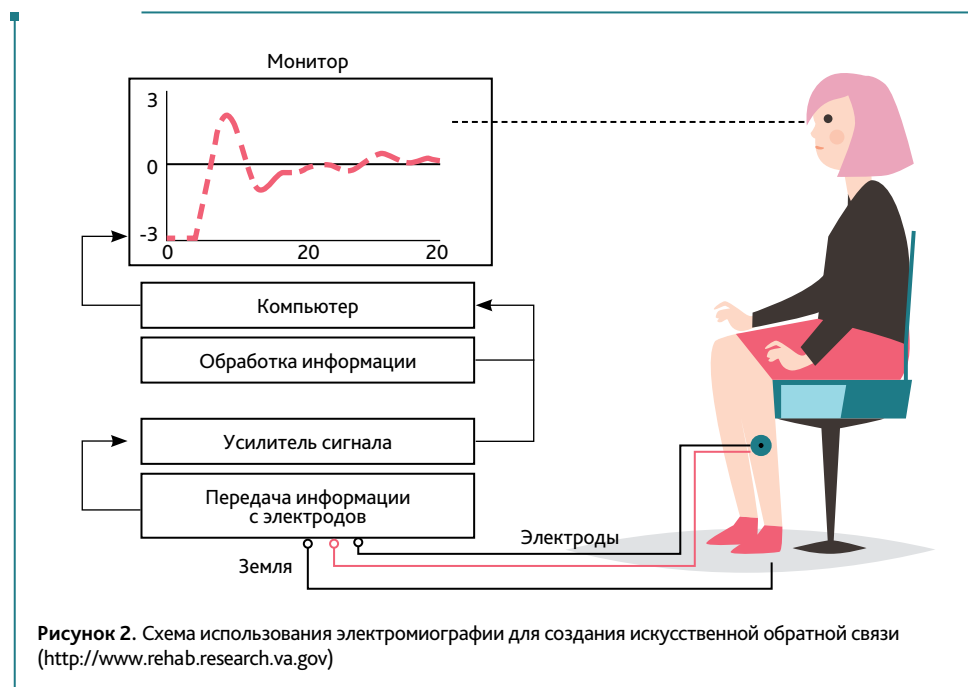


Рисунок 2. Схема использования электромиографии для создания искусственной обратной связи (<http://www.rehab.research.va.gov>)

Трудный диалог на «неудобную» тему

Обсуждая тему пролапса тазовых органов и других проявлений недостаточности тазового дна, невозможно обойти вниманием вопрос влияния на его структуры эстрогенного дефицита, который может наблюдаться не только у достигших менопаузального возраста, но и у молодых женщин вследствие нарушений функции яичников или по ятрогенным причинам.

Г.Б. Дикке

В основе клинических проявлений гипоестрогении у женщин репродуктивного возраста и генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) лежат одни и те же процессы — снижение уровня эстрогенов приводит к нарушению пролиферации влажной эпителии, изменению чувствительности рецепторного аппарата, уменьшению количества коллагена и гиалуроновой кислоты в эпителии и активности гиалуронидазы. Основным последствием отсутствия стимуляции эстрогенами является потеря эластичности тканей за счет слияния и гиалинизации коллагеновых и фрагментации эластиновых

у женщин в постменопаузе (в возрасте 50–59 лет — 74 % с формированием плато в течение десятилетия после менопаузы; Awwad J. et al., 2012) и, следовательно, может сочетаться с ВВА, частота которой достигает 84 % в течение 1–6 лет после менопаузы (исследование AGATA, Palma F. et al., 2016). Исследование среди 358 женщин старшего возраста (от 45 лет) это подтверждает: симптомы ВВА (по опроснику Vulvovaginal Symptom Questionnaire) были связаны с повышенной частотой специфических заболеваний тазового дна, включая пролапс тазовых органов (17,5 против 6,3 % у пациенток без ВВА, $p = 0,001$), анальное

женщин в постменопаузе. С другой стороны, практически врачам хорошо известно, как трудно вызвать пациентку на откровенный разговор и обсуждать с ней эти «неудобные» вопросы. В то же время, если женщина не жалуется, они вообще могут остаться без внимания, поскольку определенный дискомфорт испытывают и сами врачи. Это подтверждают и ученые. Так, в Италии, Германии, Испании и Великобритании был проведен онлайн-опрос 3768 женщин в возрасте от 45 до 75 лет. Медработники обсуждали ВВА с женщинами (62 %), но сами инициировали беседу только в 10 % случаев. Обсуждение с врачом

Kingsberg S.A. et al., 2019). Однако 62 % женщин не рассматривают для себя МГТ как вариант лечения и 77 % предпочитают альтернативные методы, прежде чем начинать МГТ (Marlatt K.L. et al., 2018).

Текущей рекомендацией North American Menopause Society (2020) является регулярное применение вагинальных увлажнителей и негормональные лубриканты при половой активности, которые названы «первой линией» терапии ГУМС легкой степени, а также в качестве дополнительной терапии в случаях средней и тяжелой степени.

ВАЖНО!

Показано, что негормональные вагинальные увлажнители и лубриканты при половой активности обладают эффективностью, сопоставимой с местной гормональной терапией (доказательства уровня IA).

Среди них рассматривают средства на основе гиалуроновой кислоты. Она содержится во внеклеточном матриксе слизистой оболочки влагалища и является наиболее ярким представителем гликозаминогликанов — поддерживает тургор, обеспечивает упругость и создает депо влаги, связывая и удерживая молекулы воды. Именно вследствие существенного снижения гиалуроновой кислоты проявляются наиболее резкие изменения в стареющем эпидермисе.

К другим негормональным средствам относятся фитоэстрогены — нестероидные соединения растительного происхождения, обладающие эстрогеноподобным действием. Фитоэстрогены сои и красного клевера, содержащие изофлавоны, доказали свою эффективность в снижении менопаузальных расстройств, однако их влияние на эпителий влагалища и урогенитальные расстройства при системном применении оказалось неоднозначным. Вагинальное применение фитоэстрогенов, которое было оценено в двух систематических обзорах и 11 РКИ, показало статистически значимое положительное влияние изофлавонов на симптомы ГУМС: увеличение индекса созревания вагинального эпителия и уменьшение атрофии ($p = 0,014$ по сравнению с контрольной группой), снижение выраженности диспареунии на 27 % ($p = 0,005$), снижение интенсивности зуда и сухости ($p < 0,05$), нормализацию pH ($p < 0,05$) (Rahmani Y., 2018; Dizavandi F.R., 2019).

Таким образом, у женщин старшего возраста следует уделять особое внимание симптомам эстрогенного дефицита и проводить своевременное (раннее) лечение, начиная с использования негормональных средств.

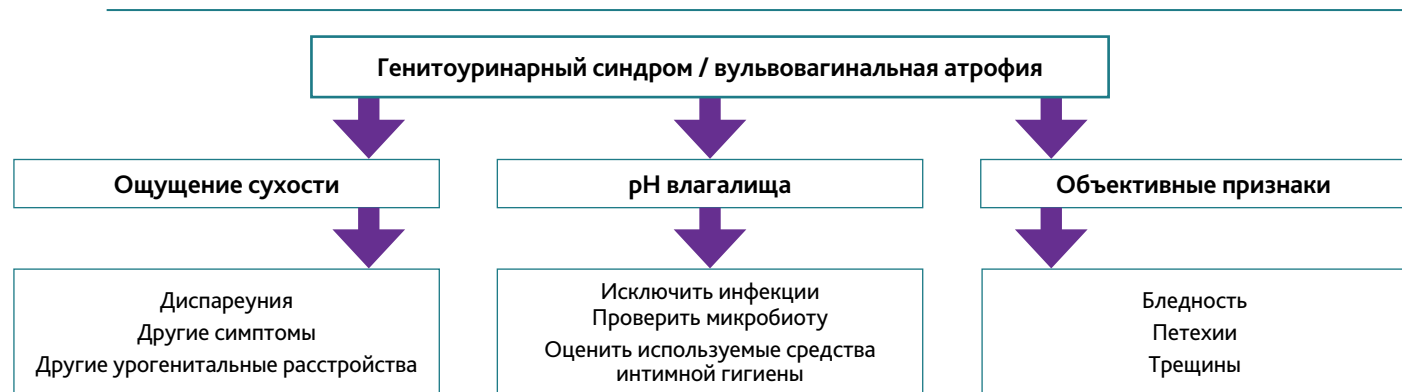


Рисунок. Упрощенный алгоритм комплексной оценки симптомов генитоуринарного синдрома / вульвовагинальной атрофии в рутинной клинической практике (адаптировано из Nappi R.E. et al., 2019)

волокон. Со временем количество мукополисахарида межклеточной жидкости и гиалуроновой кислоты значительно снижается. В результате этих изменений формируется характерный симптомокомплекс: вульвовагинальная атрофия (ВВА), сопровождающаяся сухостью, раздражением, зудом, жжением, трещинами, частыми дисбиозами; мочевые симптомы, такие как императивные позывы, недержание мочи, дизурия и рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей; симптомы сексуальной дисфункции, характеризующиеся отсутствием смазки, дискомфортом или болью, снижением частоты оргазмов или их отсутствием.

При ГУМС у женщин могут присутствовать некоторые или все признаки этого состояния, которые не объясняются другим диагнозом (Nappi R.E. et al., 2019). Многие из перечисленных симптомов — мочевые и сексуальные — также характерны для женщин с недостаточностью тазового дна (НТД), в том числе при пролапсе, даже при отсутствии эстрогенного дефицита. Однако распространенность сочетания этих двух нозологий и их взаимное влияние друг на друга неизвестны, и, что удивительно, в литературе это не обсуждается (по-видимому, и не изучалось), поэтому их лечение регламентировано собственными протоколами.

Тем не менее известно, что НТД имеет повышенную распространенность

недержание твердого стула (13,1 против 3,4 %, $p = 0,001$), частоту мочеиспускания (50,3 против 38,3 %, $p = 0,02$), ургентное недержание мочи (42,6 против 25,7 %, $p = 0,001$) и дизурию (19,1 против 6,9 % соответственно, $p < 0,001$). При этом женщины с ВВА в 3 раза чаще страдали кандидозным вульвовагинитом за последние 12 мес (16,4 против 5,7 % соответственно, $p = 0,006$), но не бактериальным вагинозом (7,1 против 4,5 % соответственно, $p = 0,56$). Опросник качества жизни продемонстрировал статистически значимое преобладание по психосоциальному, физическому и сексуальному доменам ($p = 0,001$) у пациенток с пролапсом и ВВА по сравнению с теми, у кого ВВА не было. Среди сексуально активных женщин с симптомами ВВА более 75 % сообщили об их воздействии на сексуальную функцию (Erekson E.A. et al., 2016). Показано, что тазовое дно и мочевыводящие пути демонстрируют сходные анатомические и функциональные изменения вследствие нарушения нервно-сосудистого и нервно-мышечного субстрата в области таза в условиях недостаточности эстрогенов.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СВЯЗАНЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ БАРЬЕРАМИ

Диагностика ГУМС не представляет трудностей, но его клинические проявления могут быть слабо выражены и неспецифичны примерно у 50 %

имело значение для начала лечения (60 % женщин против 23 %, которые не были вовлечены в обсуждение, исследование REVIVE; Nappi R.E. et al., 2016).

Для преодоления барьеров общения Nappi R.E. et al. (2019) разработан простой алгоритм, который поможет выявить пациенток, нуждающихся в лечении, во время рутинного приема (рис.).

ЛЕЧЕНИЕ: ВАРИАНТЫ ВЫБОРА

Данные исследования EVES указывают на то, что лечение ВВА в идеале следует начинать в более молодом возрасте, когда появляются симптомы и вызывают дистресс, до того как состояние станет очень тяжелым и трудно обратимым (Panay N. et al., 2019).

Хотя как «золотой стандарт» лечения ГУМС/ВВА позиционируется местная гормональная терапия препаратами эстриола (рекомендована до купирования симптомов, далее — длительно для поддержания достигнутого эффекта 1–2 раза в неделю), она не является «методом первого выбора». Но данное положение разделяют не все медики. Опрос 2424 акушеров-гинекологов показал, что наиболее распространенным лечением была терапия лекарственными средствами, отпускаемыми по рецепту, — 51 % в виде вагинальных кремов/свечей с эстрогеном. 72 % акушеров-гинекологов не согласились с тем, что ВВА лучше лечить безрецептурными препаратами (исследование WISDOM;

Новые средства в лечении генитоуринарного менопаузального синдрома

North American Menopause Society (2020) рекомендует негормональные средства в качестве первой линии терапии ГУМС. С ними согласны и российские эксперты, включившие в клинические рекомендации 2021 г. «...регулярное использование увлажнителей пролонгированного действия женщинам для терапии симптомов ГУМС». И.А. Аполихиной с соавт. на базе НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова проведены исследования с использованием линейки средств для местного применения (Эстрогиал™, Эстрогиал™ Плюс, Эстрогиал™ гель) и разработан алгоритм диагностики и лечения ГУМС и вульвовагинальной

атрофии. Ингредиенты средств Эстрогиал™ и их действие (Ермакова Е.И., 2019) представлены в таблице.

ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ КОМПЛЕКСА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И ФИТОЭСТРОГЕНОВ
Чернова Н.И. с соавт. (2018) характеризуют Эстрогиал™ как препарат, который способствует устранению сухости и дискомфорта, восстановлению защитной функции эпителия влагалища и вульвы, снижению воспалительных проявлений, коррекции микробиоценоза генитального тракта, ускорению процессов заживления с хорошей переносимостью и безопасностью.

Применение крема Эстрогиал™ позволило добиться улучшения у пациенток с ГУМС в исследовании Доброхотовой Ю.Э. с соавт. (2018): снижение среднего показателя по вопроснику VSQ с $10,5 \pm 4,5$ до $3,3 \pm 2,4$ баллов ($p < 0,05$) через 3 мес терапии, pH — с $5,2 \pm 1,3$ до $4,1 \pm 0,6$ соответственно ($p < 0,05$), увеличение количества лактобактерий ($p = 0,008$) и уменьшение содержания некоторых условно-патогенных микроорганизмов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНДИВИДУАЛЬНОМУ ВЫБОРУ
Согласно клиническим рекомендациям 2021 г. «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» рекомендуется использование негормональных лубрикантов, ведение половой жизни, а также регулярное использование увлажнителей пролонгированного действия женщинам в качестве терапии симптомов ГУМС. Наиболее популярны в данном направлении препараты, разработанные на основе гиалуроновой кислоты.

При транзитном дискомфорте (в послеродовом периоде, при длительном использовании комбинированных оральных контрацептивов, после применения антибиотиков, гормональных препаратов, антигистаминных средств или для уменьшения симптомов при воспалении этой локализации) средством выбора можно считать Эстрогиал™ (крем в виде свечей 1–2 р/д утром и/или вечером) до исчезновения симптомов с дальнейшим использованием геля Эстрогиал™ в области вульвы и преддверия влагалища 1 р/д.

При вульвовагинальной атрофии на фоне снижения эстрогенов (физиологическая, медикаментозная или хирургическая менопауза, после химио- и лучевой терапии опухолей, в том числе эстрогензависимых) или при аутоиммунных заболеваниях, склеротрофическом лихене предпочтительнее использовать крем Эстрогиал™ Плюс, содержание ГК в котором больше в 2 раза и который кроме уже описанных ингредиентов содержит полисорбат и полиглицерид (смягчающее, увлажняющее действие), а также триглицериды насыщенных жирных кислот (антимикробное и репаративное действие, поддержание водно-жирового и энергетического баланса). Совместное использование с гелем Эстрогиал™ позволяет добиться результата в кратчайшие сроки.

Эстрогиал™ гель возможно применять в качестве лубриканта при половом акте.

Увлажняющие средства должны использоваться регулярно, а не эпизодически в связи с сексуальной активностью.

Эстрогиал™ не имеет противопоказаний к применению, ограничений по продолжительности использования и может применяться совместно с фитоестрогенами системного действия.

Согласно NICE guideline использование лубрикантов и увлажняющих кремов женщинами разрешено на фоне МГТ и локальных эстрогенов.

Список литературы находится в редакции

Таблица. Ингредиенты средств Эстрогиал™ и их клиническое действие	
	Гиалуроновая кислота (низкомолекулярная ГК, натриевая соль) — размер цепи ГК меньше 130 КД, легко проникает через эпителиальный барьер, способствует повышению гидратации, эластичности, тургора кожи и слизистых оболочек, влияет на обменные и пластические процессы и потенцирует выработку эндогенной ГК
	Экстракт травы красного клевера (4 изофлавона) — фитоестроген, антиоксидант с бактерицидными свойствами, способствует восстановлению эпителия влагалища, стимулирует синтез коллагена и ГК, способствует гидратации тканей
	Экстракт шишек хмеля (флавоноид) — фитоестроген, обладает противовоспалительным, бактерицидным, тонизирующим действием, активирует выработку эластина и коллагена, регулирует местные метаболические процессы
	Экстракт цветков календулы лекарственной (каротиноиды, флавоноиды и сапонины) — оказывает антиоксидантное и противовоспалительное действие, увеличивает скорость регенеративных процессов в тканях в области повреждения

ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТОМ

Качество жизни женщины при пролапсе. Восстановить и сохранить

Продолжение, начало на с. 1

эффекта с помощью нитевого лифтинга промежности. Однако у таких пациенток, как правило, имеет место либо цистоцеле, либо ректоцеле, что одновременно тоже требует соответствующей коррекции. После столь сложных операций этим пациенткам в обязательном порядке необходима БОС-терапия через 2 месяца. Только такой комплексный подход дает устойчивый положительный эффект в отдаленном периоде и в нашем понимании является современным трендом лечения пролапсов.

— Несмотря на высокую эффективность многих оперативных методик, рецидивы пролапсов все же возникают. Что современная наука может этому противопоставить?

— Рецидивированию пролапса может способствовать дисплазия соединительной ткани, обусловленная наследственными или приобретенными факторами. Ранее считали, что решению этой клинической задачи может способствовать применение сетчатых имплантов из синтетических материалов. Однако

такого рода вмешательство может стать причиной интра- и послеоперационных MESH-ассоциированных осложнений. До сих пор в клинической практике нет систематизированного взгляда на проблему выбора оптимального имплантата, что ограничивает применение методики, хотя и не исключает ее использования вовсе. Наш опыт говорит о том, что эффективность хирургического лечения пролапса с использованием собственных тканей или MESH-фиксации при апикальном пролапсе комбинацией вагинального и лапароскопического доступа сопоставима, а иногда и лучше, чем при использовании сетчатых протезов.

— Где же то «узкое место», не позволяющее говорить о высокой эффективности лечения пролапсов тазовых органов?

— Думаю, со мной согласятся многие специалисты: довольно высокая частота рецидивов пролапса после оперативного вмешательства может быть следствием недостаточного анализа

индивидуальных механизмов развития патологического процесса и факторов риска, дефектов диагностики фасциальных и мышечных дефектов тазового дна. Ну, и главный фактор — это хирургическая техника и мастерство хирурга. Существенно изменить ситуацию позволяет дифференцированный выбор метода операции с учетом возраста пациентки, ее гинекологического и соматического анамнеза, состояния смежных органов. И, что не менее важно, диагностика пролапса должна быть выполнена как можно раньше.

Тщательное и детальное влагалищное исследование в совокупности с оценкой ответов пациентки на вопросы специальных опросников, выполнение перинеометрии позволяют в большинстве случаев выявить все дефекты мышц и фасций тазового дна и промежности. При необходимости выполняются УЗИ мышц тазового дна и уретровезикального сегмента, уродинамические исследования. Все это в совокупности позволяет составить четкий план и определить объем операции. По моему мнению, все пациентки, перенесшие оперативное лечение по поводу пролапса, должны пройти курс послеоперационной реабилитации с использованием

БОС-терапии и последующим поддержанием тонуса мышц с применением вагинальных тренажеров.

— Каковы перспективы развития лечебных стратегий, учитывая ваш опыт?

— Дифференцированный выбор метода лечения и комплексный подход мне видятся наиболее правильными и перспективными. Ни стандартный подход, ни изолированное применение хирургических методов не дают столь ощутимых результатов. На мой взгляд, в этом и заключаются современный тренд и стратегическое решение этой непростой задачи.

Если же попытаться заглянуть в будущее, то высокие технологии регенеративной медицины, думаю, затронут и научный поиск в этой области: исследуются возможности трансплантации стволовых/прогениторных клеток и тканеинженерных конструкций. И, как я уже отметил ранее, в реализации всех перспективных стратегий существенное значение имеют качество подготовки и профессионализм врача. В связи с этим хочу пожелать всем коллегам больших успехов и достижения новых высот.

Беседовала Ольга Касатонина

Эффект, превосходящий ожидания

Концепция пролапса тазовых органов (ПТО) среди российских специалистов долгое время соответствовала таким положениям: «Пациентки с ПТО без клинических проявлений не нуждаются в каком-либо лечении» и «В лечении нуждаются только 2 из 10 пациенток с ПТО» (в последнем случае имеется в виду хирургическое лечение). Оперативное восстановление поврежденных структур тазового дна и топографии тазовых органов рассматривалось как единственный метод лечения при выраженных стадиях заболевания (которые в основном наблюдались у женщин в постменопаузе) либо при II степени пролапса — для профилактики его тяжелых форм. Смена парадигмы произошла всего 15 лет назад, приобрела много сторонников среди практикующих врачей, но и породила немало дискуссий в научной среде.

Г.Б. Дикке

ПРОЛАПС — ПРОБЛЕМА МОЛОДЫХ
ПТО — это хроническое медленно прогрессирующее состояние, при котором от первых признаков недостаточности тазового дна (НТД) до клинической манифестации и решения вопроса о хирургическом вмешательстве проходит как минимум 15–20 лет. Ранняя диагностика НТД, когда клинические симптомы еще отсутствуют, дает большой временной интервал для проведения консервативных вмешательств, направленных на восстановление функциональной способности тазового дна и профилактику прогрессирования ПТО.

Клинически значимый пролапс встречается в среднем у 50 % женщин в возрасте 15–60 лет. Однако уже среди 20–29-летних частота ПТО составляет 20 %, достигая к возрасту 40–49 лет 77 % (J. Awwad и соавт., 2012). И обратите внимание: здесь речь идет о симптоматическом пролапсе (ощущение «инородного тела» во влагалище, дискомфорт, боль, недержание мочи/кала, сексуальная дисфункция), требующем медицинской помощи. А сколько молодых женщин еще не испытывают симптомов, но имеют признаки НТД, выявление которых также требует вмешательства?

РОДЫ — ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПРОЛАПСА
Установлено, что ПТО — это мультифакторное заболевание, но основным этиологическим фактором НТД являются беременность и влагалищные роды. К концу беременности пролапс II степени выявляется у 36 % женщин, а недержание мочи — у 40 % (Y. Chen и соавт., 2013). У остальных в послеродовом периоде имеются отдельные проявления НТД, которые с течением времени прогрессируют. Симптомы пролапса при этом могут не проявляться в течение многих лет после родов, но когда они появляются, то могут быть довольно тягостными (H.U. Memon, 2013).

Многие женщины, страдающие НТД после родов, включая пациенток с умеренными и тяжелыми симптомами, не получают адекватной медицинской помощи в первые 12 месяцев после родов, равно как и в последующие годы.

В ФОКУСЕ — РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА
Концептуальная модель НТД, разработанная J.O.L. DeLancey (2008), включает 3 фазы развития ПТО на основе влияния ряда приоритетных факторов риска: I — для предрасполагающих факторов,

таких как генетика и развитие; II — для провоцирующих факторов, т.е. изменений, вызванных беременностью и родами; III — для дополнительных факторов, таких как возрастные изменения и факторы образа жизни.
Можно сказать, что точки над *i* в отношении факторов риска и вклада каждого из них в развитие НТД расставил метаанализ, выполненный T.F. Vergeldt и соавт. в 2015 г. Краткое резюме этого исследования гласит: «Вагинальные роды, паритет, возраст и ИМТ являются факторами риска ПТО, а предоперационная степень пролапса — фактором риска его рецидива».

Для своевременной диагностики НТД врачами общей практики и акушерами-гинекологами амбулаторного звена нами (Г.Б. Дикке, 2016) был разработан алгоритм ранней диагностики НТД, названный 5 STEPS («5 шагов»), включающий простые приемы обследования в условиях амбулаторного врачебного приема без использования специальных инструментов и оборудования (dr-arabin.ru/assets/files/broshyura-5-shagov-2020.pdf).

Скрининг и ранняя диагностика доклинических стадий НТД имеют большое значение в судьбе женщины, так как позволяют начать своевременное лечение (в идеале сразу после родов) и не допустить развития выраженной степени заболевания, требующей хирургического вмешательства.

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА МОТИВАЦИИ
Решение о выборе лечения НТД зависит от симптомов, степени пролапса и общего состояния здоровья женщины. «В случае столкновения мотивов выбор всегда совершается в пользу сильнее мотивации» (Николай Аосский), а это значит, что мы в первую очередь должны ориентироваться на ожидания пациентки. Экспертами Королевского общества акушеров и гинекологов (RCOG, Великобритания) в 2019 г. были определены три критических (лучших) показателя эффективности лечения пролапса: уменьшение симптомов, удовлетворенность пациентки и улучшение качества жизни.

По рекомендациям FDA (2016), достижение идеальной тазовой поддержки не является необходимым для большинства женщин, чтобы добиться симптоматической помощи, и не каждая женщина с выпадением половых органов нуждается в хирургическом лечении.
Консервативное лечение начальных форм является первой линией терапии НТД. Оно включает модификацию образа жизни, тренировки тазового дна, лечение эстрогенами (по показаниям), применение пессариев.

Почти две трети женщин с симптомами пролапса изначально выбирают консервативное лечение. Пациентки, выбирающие хирургическое

лечение, моложе тех, кто предпочел пессарии (58 против 66 лет), имеют более серьезные симптомы, такие как выраженные боли внизу живота (33 против 25 %; $p = 0,04$), необходимость вправления пролапса (8 против 3 %; $p = 0,02$), симптомы, связанные с неполным опорожнением кишечника (27 против 19 %; $p = 0,01$).
Специалистами в области пельвиперинеологии особо подчеркивается, что только при недостаточной эффективности консервативных методов (сохранении или прогрессировании симптомов) следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении.

ПЕССАРИИ DR. ARABIN — СРЕДСТВО ПЕРВОГО ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА
Клинические рекомендации (NICE, 2019) содержат следующие положения:

- Терапия с использованием пессария является хорошим консервативным вариантом лечения ПТО и НМ, который следует предлагать пациенткам независимо от степени пролапса (уровень доказательности IIa-B).
- В настоящее время не определено, какой вид пессария наиболее подходящий для различных степеней пролапса. При выборе формы и размера пессария следует руководствоваться мнением экспертов и личным опытом (уровень доказательности III–C и IV-D).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ ТИПА, ФОРМЫ И РАЗМЕРА ПЕССАРИЯ
Пессарии Dr. Arabin бывают различной формы и имеют широкий размерный ряд. Подбор формы и размера производится в зависимости от вида и степени пролапса (табл. 1).

Большую популярность среди практикующих врачей приобрел кубический пессарий Dr. Arabin — он может использоваться женщинами всех возрастов при любой степени опущения влагалища и матки.

Вакуумный эффект позволяет достичь хорошего присоединения к стенкам влагалища, поэтому этот вид пессария может применяться даже в тех случаях, когда тазовое дно является недостаточно «крепким», чтобы поддерживать обычный кольцевой пессарий. Также он подходит для расслабления шрамов, расширения влагалища при обструкции и решения проблем с мочеиспусканием. Кроме того, кубический пессарий используется перед

Таблица 1. Выбор формы гинекологического пессария Dr. Arabin в зависимости от вида и степени пролапса

Форма пессария	Пролапс, степень		Недержание мочи	Цистоцеле	Ректоцеле
	I–II	III–IV			
Кольцо	✓			✓	
Чашечный ¹	✓			✓	
Кубический		✓	✓	✓	✓
Тандемный кубический ²		✓	✓	✓	✓
Уретральный			✓		
Чашечно-уретральный ³			✓		
Ходжа ⁴			✓	✓	
Грибовидный ⁵		✓			

Примечания:
1 — Умеренный пролапс без недержания мочи.
2 — Выраженный пролапс, когда кубический пессарий не удерживается во влагалище.
3 — В сочетании с пролапсом I–II ст. и/или цистоцеле.
4 — При анатомических отклонениях, после ранее произведенных операций.
5 — Когда кубический пессарий способствует недержанию мочи de novo.

Показания для использования кубического pessaria Dr. Arabin

- III–IV степень ПТО, когда кольцевой и чашечный pessaries не в состоянии препятствовать выпадению.
- Любая степень ПТО, если «поддержка» необходима время от времени (например, при динамических и статических физических нагрузках).
- Необходимость поддержания социальной активности (например, для предупреждения стрессового недержания мочи).
- Профилактика опущения половых органов во время занятий спортом.
- Восстановление силы мышц тазового дна в послеродовом периоде (в сочетании с тренировками).
- В качестве временной меры, если необходимо отсрочить операцию по поводу пролапса и восстановить ткани влагалища и шейки матки перед вмешательством.
- Растяжение шрамов и расширение влагалища при его обструкции.

операциями для устранения проблем пролабирования, чтобы улучшить восстановление тканей при декубитальных язвах (с применением крема с эстриолом). Пессарий кубический перфорированный обеспечивает лучший отток жидкости при повышенной вагинальной секреции.

Размер пессария выбирается на основании объективного исследования и использования колец для тестирования (адаптационных колец). Сначала во время вагинального исследования проводится оценка степени растяжимости влагалища и ориентировочно определяется размер кольца для тестирования. Выбранное кольцо вводят во влагалище и пациентке предлага-

ют поддержку тазовых органов, но в то же время не слишком объемным, чтобы не вызывать дискомфорта и не сдавливать мочевой пузырь и прямую кишку. При подборе кубического пессария с помощью колец адаптации выбирается размер, который равен или несколько меньше размера кольца с соответствующими параметрами.

Можно поступить проще: измерить расстояние gh (размер половой щели) — от наружного отверстия уретры до заднего края гимена (в мм). Это и будет индивидуальный размер кубического пессария для данной пациентки (рис.).

РЕЗУЛЬТАТЫ НАЛИЦО
Пессарии могут быть успешно установлены у большинства женщин. Результаты обсервационных исследований демонстрируют успешное лечение в 50–100 % случаев. Так, уменьшение симптомов наблюдается у 60 % (по данным одного РКИ) и у 92 % женщин (по данным нерандомизированных клинических исследований) (J.L. Clemons, 2004; G.N. Cundiff, 2007; M. Robert, 2002). N. Radnia и соавт. (2019) сообщили, что уже через 6–8 мес 97 % женщин, использовавших индивидуально подобранный пессарий, были удовлетворены и отметили значительное уменьшение симптомов. Уменьшение размера половой щели происходит в среднем с 4,8 до 3,9 см уже через 3 мес (K. Jones и соавт., 2008), а снижение степени опущения (по POP-Q) отмечается у 21 % женщин через год (V.L. Handa, 2002; K. Jones, 2008).

В дополнение к симптомам пролапса стрессовое недержание мочи снижается в 23–45 % случаев. В исследованиях также сообщалось об уменьшении

симптомов ГАМП, нарушений дефекации, улучшении половой функции и психологического восприятия тела. Отмечен рост частоты половых контактов и сексуального удовлетворения на 50 %.

При сравнении в проспективном исследовании результатов лечения в группе женщин, использовавших пессарии, с теми, кто был прооперирован, были выявлены статистически значимое снижение степени пролапса, улучшение функции мочевого пузыря, кишечника и сексуальной функции через год после проведенного лечения в обеих группах без существенной разницы между ними (R. Jones, 2013).

В исследовании Е.Ю. Глухова и соавт. (2020) 95 пациенток с ПТО II–IV степени тяжести с ассоциированными симптомами или без таковых в среднем возрасте 66,9 лет (из них 93,7 % нуждались в оперативном лечении) применяли пессарии гинекологические кубические перфорированные Dr. Arabin. Суммарная оценка тяжести симптомов ПТО по опроснику PFDI-20 при применении пессария в течение 6 мес снизилась на 46,1 %, по домене POPDI-6 (симптомы пролапса) уменьшение было максимальным — на 54,7 %. Полностью удовлетворяющим потребности пессарий нашли 88,4 % пациенток. Среди них были те, кто исходно использовал его как временный вариант, и те, для кого

пессарий — вариант паллиативной помощи из-за наличия противопоказаний к хирургическому вмешательству. После ранее проведенного оперативного лечения с рецидивом заболевания в период от 6 мес до 8 лет обратились 23,2 % пациенток, все они были удовлетворены результатом применения пессария. Среди выразивших удовлетворенность 76 % приняли решение о его применении в дальнейшем, напротив, только 12,6 % утвердились в желании оперативной коррекции в будущем, считая регулярную установку изделия неудобным для себя вариантом.

ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА
Хирургия тазового дна является неотъемлемой частью медицинской помощи женщинам с тяжелыми посттравматическими состояниями или запущенными клиническими случаями. Не существует «золотого стандарта» хирургической коррекции дефектов промежности и ПТО. Выбор методики оперативного вмешательства следует рассматривать не с позиции «какая операция лучше», а с позиции «какой вид вмешательства будет лучше для пациентки», т.е. необходим персонализированный выбор наименее травматичного и наиболее эффективного метода оперативного вмешательства с учетом тяжести/формы пролапса и опыта хирурга.

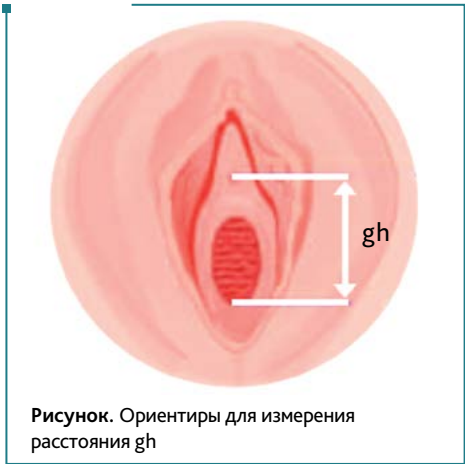


Рисунок. Ориентиры для измерения расстояния gh

ют встать, подвигаться, покашливать. Через 10–15 мин определяют положение кольца и оценивают жалобы. Если не произошло смещения кольца вниз и пациентку не беспокоит дискомфорт, то выбранный размер можно считать подходящим. Выбор кубического пессария осуществляется аналогичным образом, и затем по таблице соответствия выбирается нужный размер (табл. 2). Куб должен быть достаточно большим, чтобы оставаться во влагалище и обеспечивать

Таблица 2. Подбор размера кубического пессария на основании теста с использованием пессария-кольца

Размер адаптационного кольца-пессария	Соответствующий размер кубического пессария / длина грани куба
50 мм	№ 0 / 25 мм
55–60 мм	№ 1 / 29 мм
60–70 мм	№ 2 / 32 мм
70–75 мм	№ 3 / 37 мм
80–85 мм	№ 4 / 41 мм
>90 мм	№ 5 / 45 мм

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



Лидия
Олеговна
БУЗЯН

Врач терапевт-гемостазиолог сети центров
репродукции и генетики «Нова Клиник»

Нелегкая победа

Беременность и роды после ЭКО у пациентки с привычным невынашиванием и артериальной гипертензией

Отягощенный акушерский анамнез, а именно повторяющиеся потери беременности на ранних сроках, является показанием для обследования на предмет тромбофилии. В случае подтверждения какой-либо из ее форм необходимость привлечения гемостазиолога не вызывает сомнений у лечащего врача. Однако банальные факторы тромботического риска, сочетаясь между собой, могут также требовать назначения антитромботических препаратов и наблюдения гемостазиолога в период беременности. Данный клинический случай демонстрирует обширный спектр акушерских осложнений у женщины с артериальной гипертензией и сочетанием факторов риска, а также возможность благоприятного исхода при совместном наблюдении беременности с гемостазиологом.

АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТКИ

В августе 2020 года на первичный прием к терапевту-гемостазиологу обратилась пациентка Р., 40 лет. Первая самостоятельная беременность у нее наступила в возрасте 28 лет, закончилась самопроизвольным абортом на сроке 5–6 недель. В последующие 6 лет произошло еще 7 самостоятельно наступивших замерших беременностей на сроках до 10 недель. Цитогенетические исследования тканей абортусов не проводились. Пациентка отмечала, что при наступлении трех из восьми потерянных беременностей ей назначались низкомолекулярные гепарины, однократно проводилась лимфоцитотерапия.

В 2015 году произошла трубная беременность, произведена тубэктомия. В дальнейшем самостоятельно беременности не наступали. Проведено лечение вторичного бесплодия методом ЭКО, в 2017 году — перенос эмбриона в цикле стимуляции овуляции без имплантации, в 2018-м — перенос эмбриона в криопротоколе также без имплантации. При обращении пациентка планировала очередной криоперенос эмбриона.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

У женщины присутствовала хроническая артериальная гипертензия. Постоянно

антигипертензивные препараты не принимала, повышение артериального давления происходило систематически до 150/100 мм рт. ст., привычными значениями считала 130/90 мм рт. ст. При измерении на приеме артериальное давление — 148/93 мм рт. ст., повторное измерение — 145/91 мм рт. ст. Других хронических заболеваний не отмечала. Рост 164 см, масса тела 60 кг, ИМТ 22,3 кг/м².

При оценке риска тромботических осложнений выявлены следующие факторы:

- возраст старше 35 лет;
- наличие распространенного ретикулярного варикозного расширения вен нижних конечностей с венозной недостаточностью 1-й степени;
- отягощенный семейный анамнез: отец перенес инфаркт миокарда в 39 лет, у деда по линии отца — внезапная сердечная смерть в возрасте 50 лет.

Таким образом, налицо сочетание факторов высокого риска тромботических осложнений (3 балла, не считая 1 балла за метод достижения беременности — ЭКО) и факторов высокого риска преэклампсии (хроническая артериальная гипертензия, а также первые роды в возрасте старше 40 лет).

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На первичном приеме пациентка предоставила результаты обследования на предмет тромбофилии:

- полиморфизмы генов системы гемостаза — гетерозиготное носительство в генах *FGB*, *ITGA2*, *MTHFR*, *MTR* (низкий риск, генетическая тромбофилия не подтверждена);
- гомоцистеин — 5,97 мкмоль/л от 2017 года, повторно — 8,8 мкмоль/л от 2020 года (незначительно повышен);
- антитела к аннексину умеренно повышены — 9,3 (норма до 5) IgM от 2011 года, антитела к протромбину, бета-2-гликопротеину, кардиолипину, фосфатидилсерину, антитела к ХГЧ, волчаночный антикоагулянт — не выявлены;
- повторно от 2020 года: антитела к кардиолипину, бета-2-гликопротеину не выявлены;
- антитромбин 114 %, протеин С — 127 % от 2012 года.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Крайне отягощенный акушерский анамнез (невынашивание беременности, неудачи имплантации в протоколах ЭКО). Хроническая артериальная гипертензия 1-й степени. Варикозное расширение вен нижних конечностей, ХВН 1-й степени.

Отягощенный семейный анамнез. Синдром аутоиммунных репродуктивных нарушений (антитела к аннексину, циркуляция от 2011 г.). Старший репродуктивный возраст. Гипергомоцистеинемия легкой степени.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Пациентке было рекомендовано повторить анализ крови на антитела к аннексину IgG, IgM. Результат: антитела к аннексину не обнаружены от 01.02.2020 и от 13.08.2020.

Также повторно в 2020 году были определены антитела к кардиолипину, бета-2-гликопротеину, комплексу фосфатидилсерин-протромбин и фосфатидилсерину, результат — не обнаружены.

После курсового приема (1 месяц) высоких доз фолиевой кислоты (5 мг в сутки) гомоцистеин был снижен до 6,92 мкмоль/л.

Таким образом, диагноз наследственной и приобретенной тромбофилии полностью исключен. Однако, учитывая наличие факторов риска тромбоза и преэклампсии, в криопротоколе было рекомендовано назначение профилактических доз низкомолекулярных гепаринов с началом приема

О факторах тромботического риска

Настороженность акушеров-гинекологов в отношении тромбофилии значительно выросла за последние годы. В целом наблюдается достаточно оптимистичная картина — все чаще лечащие доктора активно направляют женщин с невынашиванием и осложнениями беременности на обследование к гемостазиологу либо даже сами владеют актуальными рекомендациями и назначают таким пациенткам минимальный необходимый объем обследования на тромбофилию (табл.). В случаях, когда тромбофилия подтверждена, тактика становится более-менее прозрачной. Такие пациентки посещают гемостазиолога и получают (в большинстве случаев) рекомендации по приему антитромботических препаратов в период беременности. Однако в ситуациях, когда тромбофилия не подтверждена, а иные возможные причины невынашивания не найдены, не следует сбрасывать со счетов влияние банальных факторов тромботического риска, которые в комбинации могут также приводить к серьезным нарушениям в работе системы гемостаза в период беременности. Согласно клиническим рекомендациям «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия» (проект от 2021 г.) всем беременным пациенткам рекомендовано проходить документально фиксируемую оценку факторов риска ВТЭО при первом посещении врача или до беременности, и также повторно — при поступлении в стационар по любой причине и возникновении иных интеркуррентных заболеваний. Подробный перечень факторов тромботического риска изложен в «Приложении Г10» данных клинических рекомендаций. Пациентки, набравшие 3 балла, относятся к группе высокого риска по развитию венозных тромбоэмболических осложнений, а 4 и более — к группе очень высокого риска.

Таблица. Обследования для исключения тромбофилии

Обследование	Нормальные значения
Мутация F2 протромбин (20210)	Не выявлена (G/G)
Мутация F5 Лейден	Не выявлена (G/G)
Волчаночный антикоагулянт	Отрицательный
Антитела к кардиолипину IgG, IgM (метод ИФА)	Согласно референсным значениям
Антитела к бета-2-гликопротеину IgG, IgM (метод ИФА)	Согласно референсным значениям
Гомоцистеин	Менее 8 мкмоль/л
Антиромбин	Более 70 %
Протеин С	Более 70 %
Протеин S	Более 40 %

за 5 дней до переноса эмбриона и продолжением приема при наступлении беременности.

После переноса эмбриона на фоне назначенной антитромботической поддержки наступила беременность. Пациентка продолжала прием низкомолекулярного гепарина в профилактической дозе до 14 недель. При систематическом контроле артериального давления и регулярном приеме препарата метилдопа артериальное давление стабилизировалось, повышений не наблюдалось. По данным скрининга первого триместра подтвержден высокий риск преэклампсии, в остальном течение 1-го триместра без особенностей.

При повторной явке на сроке 14 недель низкомолекулярный гепарин был заменен на аспирин в суточной дозе 150 мг. Решение об отмене антикоагулянтов было принято ввиду преобладания риска преэклампсии над риском венозной тромбоэмболии. Сочетание приема низких доз аспирина и низкомолекулярного гепарина в рутинной клинической практике нецелесообразно ввиду повышения риска геморрагических осложнений.

Также было рекомендовано начиная с 20-й недели беременности проводить регулярное исследование доплерометрических показателей кровотока в системе «мать — плацента — плод» и при выявлении нарушения кровотока немедленно обратиться на повторную консультацию для коррекции лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Несмотря на данные рекомендации, пациентка не обратилась на консуль-

Об артериальной гипертензии

Все женщины, имеющие хроническую артериальную гипертензию, относятся к группе риска по развитию преэклампсии и, следовательно, нуждаются в назначении как минимум низких доз аспирина с 12 недель. Кроме того, артериальная гипертензия и факторы тромботического риска взаимно усиливают неблагоприятное воздействие друг друга. Поэтому при сочетании гипертензии и высокого риска тромбозов целесообразно наблюдение гемостазиолога в период беременности для выбора оптимального объема антитромботической профилактики на каждом этапе.

тацию на сроке 20 недель беременности, когда впервые было зарегистрировано нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени. Амбулаторно проводилась метаболическая терапия, антикоагулянты не назначались. В динамике кровотока был нормализован. Однако спустя месяц произошел рецидив нарушения кровотока 1А степени, доза аспирина была снижена гинекологом до 75 мг в сутки, добавлен низкомолекулярный гепарин в профилактической дозе с 26-й недели беременности.

На сроке 26 недель женщина обратилась на консультацию, назначения были скорректированы — доза аспирина вновь увеличена до 150 мг в сутки, низкомолекулярный гепарин продлен в профилактической дозировке под контролем показателей фетометрии и доплерометрии.

На повторной консультации на сроке 31 неделя в связи с присоединением задержки развития плода 1-й степени доза низкомолекулярного гепарина была увеличена (до 0,6 мл эноксапарина натрия в сутки при массе тела 72 кг), доза аспирина снижена до 100 в сутки. Аспирин полностью отменен на 36-й

неделе, эноксапарин натрия — непосредственно перед родами.

ИСХОД

Самопроизвольные срочные роды на сроке 38–39 недель, рождена девочка массой 2530 г, рост 47 см. Реабилитация в отделении интенсивной терапии новорожденной не потребовалась, выписаны домой на 5-е сутки. В настоящее время ребенок развивается нормально. После родов пациентка получала профилактическую дозу низкомолекулярного гепарина в течение 42 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При наличии крайне отягощенного акушерского анамнеза (8 потерь плода и 2 неудачи ЭКО) беременность пациентки старшего возраста с артериальной гипертензией и факторами тромботического риска завершилась на фоне непрерывного приема антитромботических препаратов относительно благоприятно. Имели место плацентарная недостаточность и гипотрофия плода.

При ретроспективном анализе ведения беременности можно выделить два критических периода:

- 1. Срок 14–15 недель, когда принималось решение об отмене низко-

молекулярных гепаринов. В данной ситуации решение было неоднозначным, однако бесспорным являлся факт необходимости назначения аспирина ввиду очень высокого риска преэклампсии, тогда как наличие факторов риска тромбоза было подвергнуто критическому осмыслению. Варикозное расширение вен присутствовало у пациентки в распространенной ретикулярной форме без выраженного изменения морфологии вен, что позволяет расценивать данный фактор риска как условный. Наследственный анамнез также не демонстрировал истории венозных тромбоэмболий: инфаркты миокарда относятся к артериальным тромбозам, для профилактики которых также успешно используется аспирин, а не антикоагулянты. Таким образом, строгих показаний для продолжения приема антикоагулянтов у пациентки не было.

- 2. Срок 20 недель, когда было впервые выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока. Тактическим упущением, возможно, было продолжение лечения пациентки без направления к гемостазиологу и назначения низкомолекулярных гепаринов. Однако невозможно доподлинно утверждать, что более раннее присоединение антикоагулянтов могло бы принципиально изменить функциональный резерв плаценты, который, как известно, закладывается в 1-м триместре, когда пациентка получала полноценную антикоагулянтную профилактику.

ЖИЗНЬ В ИСКУССТВЕ

© Дикке Г.Б., 2022

Сила искусства в борьбе с COVID-19

В конце апреля 2020 около 4,5 миллиарда человек по всему миру оказались в условиях самоизоляции, чтобы приостановить развитие коронавируса

В сфере искусства наблюдается интерес к темам, связанным со всеми аспектами пережитого личного опыта изоляции и существования в период пандемии. Среди популярных сюжетов: ода медицинскому персоналу, «портреты» вируса, политическая сатира, поцелуи и средства защиты.



Канат Букежанов.
(р. 1967, Казахстан).
Коронавирус, 2020.
<https://thetricontinental.org/>



Francesco Hayez. Поцелуй.
Мурал (настенная живопись). Пинакотекка Брера, Милан, Италия. © Tvboy



Джылдызбек Молдахматов.
(р. 1948, Кыргызстан).
Без названия.
<https://neu.edu.tr/>



Акция «Спасибо врачам»
на фасаде гостиницы
«Космос», Москва,
28–29 апреля 2020.
<https://tass.ru/>



Больницы в Ухане Хошэньшань («Бог огненной горы») и Лэйшэньшань («Бог грозовой горы»).
Цифровая живопись (автор не указан).
<https://limu.tj/>



Banksy (Бэнкси, псевдоним).
Game changer (Изменения в игре). 2021.
Корridor больницы общего профиля
в Саутгемптоне, графство Хэмпшир,
Великобритания.
<https://www.m24.ru/>

Супергерой — медсестра, в мусорной корзине — Бэтмен и Человек-паук.

Картина продана на онлайн-торгах аукционного дома Christie's за рекордные 16,8 млн фунтов (23 млн долл). Вырученные средства планируется потратить на нужды Национальной службы здравоохранения.

Кожа как отражение физиологии и патологии беременности

Любые изменения со стороны функциональных систем организма беременной являются следствием физиологической перестройки ее гормонального фона, гомеостаза, иммунореактивности. Физиологическим изменениям подвергаются также кожа и ее придатки, кроме того, они могут влиять на клиническое течение дерматозов или служить провоцирующими факторами для манифестации ряда кожных заболеваний.



Наталья Владимировна ШПЕРЛИНГ

Д.м.н., профессор кафедры клинической медицины Университета «Реавиз», Санкт-Петербург

Изменения кожи у беременных, связанные с влиянием гормональных и гуморальных факторов, делятся на следующие категории: физиологические; специфические дерматозы беременных, ассоциированные с гестацией; обострение или регресс хронических дерматозов, не ассоциированных с ней.

Под действием прогестерона, уровень которого увеличивается во время беременности, происходят изменения в разных слоях кожи, что обуславливает разнообразие кожных проявлений. Так, в базальном слое эпидермиса нарушается пигментообразование, приводя к появлению мелазмы (хлоазмы) на разных участках кожи. Изменения

сосочкового слоя дермы (субэпидермальная часть) проявляются нарушением деятельности пилосебационного комплекса (волосного фолликула и сальной железы, связанных протоком) и развитием гиперсебореи, диффузной алопеции, реже — гирсутизма. Изменения в сетчатом слое (надгиподермальная часть) отвечают за развитие гипергидроза, онихолиза (отслоение ногтя от мягких тканей). Кроме того, могут наблюдаться изменения эластичности кожи (стрии беременности), сосудистые изменения (эритема ладоней, паукообразная ангиома, гемангиомы).

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ У БЕРЕМЕННЫХ

Все физиологические изменения можно подразделить на пигментные, сосудистые, со стороны соединительной ткани и придатков кожи. К ним относятся:

- физиологический зуд (*pruritus gravidarum*) — характеризуется умеренной интенсивностью, диффузным характером, локализацией преимущественно на туловище, обычно на фоне сухой кожи;

- ксероз кожи (повышенная сухость) — чаще невыраженный, формирующийся на фоне изначально сухой кожи;
- увеличение потоотделения — нередко ассоциировано с дефицитом йода и магния, витаминов группы В;
- растяжки (*striae gravidarum*) в области живота, молочных желез, ягодиц;
- гиперпигментация по средней линии живота, сосков и гениталий;
- расслаивание ногтей — обычно ассоциировано с дефицитом железа.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ

Пограничные состояния (или декомпенсированная форма физиологических изменений) свидетельствуют о недостатке каких-либо веществ или незначительном нарушении нейроэндокринных, тканевых, гуморальных, регуляторных систем в организме матери. К ним относят:

- ухудшение состояния волос и ногтей;
- выраженные и множественные стрии;
- варикозное расширение вен;
- ладонная эритема;
- отеки ног и лица;
- телеангиоэктазии;

- гемангиомы;
- мягкие гравидарные фибромы.

Они имеют обратимый характер, но в ряде случаев могут оказаться симптомами тяжелых нейро-гуморально-эндокринных нарушений: например, отеки — проявлением токсикоза, преэклампсии или наследственного ангионевротического отека.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА КОЖЕ

Представлены двумя группами нозологий:

- Специфические дерматозы (проявляющиеся только в период беременности или в послеродовом периоде): холестатический зуд, полиморфный дерматоз, герпетиформный пемфигоид, атопическая сыпь беременных, — одним из основных симптомов которых является зуд, сопровождающийся повышением риска для жизни плода, что определяет необходимость ранней диагностики, лечения и контроля в родовом и послеродовом периодах совместно с дерматологами.

Декспантенол: 70 лет применения и последние достижения

Пантотеновая кислота (витамин В₅) была открыта в 1931 году Роджером Дж. Уильямсом (1893–1988) во время исследований микробных факторов роста. Название происходит от греческого слова «пантос» («вездесущий»), что указывает на ее широкое распространение в природе. Было обнаружено, что это вещество оказывает выраженное стимулирующее действие на пролиферацию клеток дрожжей, что привело к разработке стабильного спиртового аналога пантотеновой кислоты — декспантенола, первого препарата для местного применения.

На начальных этапах его изучения было установлено, что декспантенол обладает двойным действием: увлажняющим с барьерными свойствами и ранозаживляющим. Однако механизм такого действия до недавнего времени оставался неизвестным. Лишь внедрение новых технологий позволило пролить на это свет.

Так, научными исследованиями последних лет показано, что декспантенол увеличивает подвижность молекулярных компонентов рогового слоя, которые важны для барьерной функции, и модулирует экспрессию генов, важных для

заживления ран. Анализы экспрессии генов показали, что местное применение декспантенола было связано с более чем 1,5-кратной активацией различных генов, участвующих в заживлении ран, таких как ген *CXCL10*, гены семейства белков



Рисунок 1. Усиление эпидермальной дифференцировки и синтеза липидов способствует формированию и укреплению барьера кожи

муцина и ген белка-ответчика рецептора ретиноевой кислоты 1 (*RARRES1*) (Schmitt L. et al., 2019). Недавно установлено, что декспантенол проявляет активность во всех трех фазах заживления ран (воспаление, пролиферация и ремоделирование) (Baron, J.M. et al., 2020). Положительный эффект декспантенола на заживление ран является результатом повышенной пролиферации фибробластов и ускоренной эпителизации. Увлажняющее действие связано с гигроскопическими свойствами декспантенола и его способностью удерживать влагу. Увлажнители создают среду, которая способствует физиологическим процессам (например, функционированию ферментов), необходимым для восстановления и поддержания барьерной функции кожи, что происходит за счет усиления эпидермальной дифференцировки и синтеза липидов (Gorski J. et al., 2020) (рис. 1). Он также продемонстрировал противовоспалительное действие и торможение образования бактериальных биопленок (Helaly, G.F. et al., 2011).

В многоцентровом исследовании у 483 пациентов, имевших атопический дерматит (41,8 %), ихтиоз (19,7 %), псориаз (9,3 %)

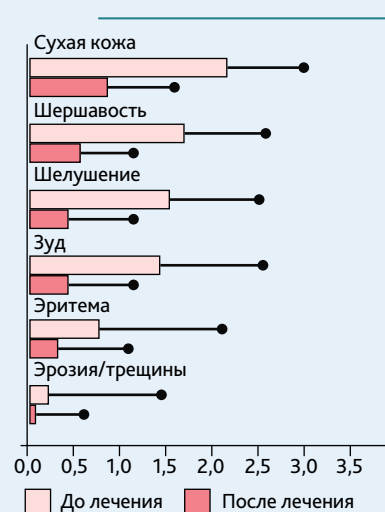


Рисунок 2. Динамика симптомов при лечении кремом, содержащим декспантенол. Симптомы оценивались по 5-балльной шкале: от 0 — отрицательный до 4 — тяжелая форма с инфильтратом (цит. по: Bahmer et al., 2016)

или контактный дерматит (9,3 %), все симптомы значительно улучшились в течение 3–4 недель под влиянием крема, содержащего декспантенол, — более чем на 80 %, а в случаях сухости кожи и шелушения — более чем на 90 % (рис. 2). Результаты лечения 90 % пациентов оценили как хорошие или очень хорошие (Ebner F. et al., 2012).

- Неспецифические дерматозы (имевшие место до наступления беременности): экзема, болезни сальных желез, атопический дерматит, псориаз, другие (розацеа, розовый лишай, микозы кожи). При этом в зависимости от влияния беременности одни из них обостряются или манифестируют впервые на фоне беременности (в 78 % случаев), другие — не изменяют своего течения, третьи — регрессируют.

Несмотря на то что в I триместре происходит физиологическая иммуносупрессия с уменьшением уровня цитотоксических лимфоцитов и увеличением Т-супрессоров, физиологические изменения кожи или неспецифические дерматозы проявляются в I и II триместрах беременности, тогда как в III — манифестируют специфические дерматозы.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕРМАТОЗОВ У БЕРЕМЕННЫХ

У пациенток с дерматозами часто встречается как экстрагенитальная патология (хронические заболевания ЖКТ (45 %), эндокринопатии (27 %), болезни мочевыделительной системы (33 %)), так и гинекологические заболевания: кисты яичников, миома матки, дисбиозы влагалища (до 25 %). Имеется коморбидность с акушерской патологией — ранними токсикозами, преэклампсией, угрозой прерывания беременности, мало- и многоводием (до 45 %).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ КОЖИ

Поскольку физиологические кожные изменения сопряжены лишь с косметическим дефектом, они не требуют специальной терапии, помощь может ограничиваться психотерапевтическим воздействием (разъяснение преходящего их характера, безопасности для здоровья) и назначением средств базового ухода за кожей (эмолентов). Для очищения кожи целесообразно применять моющие средства с кислым pH и кремовой добавкой («мыло без мыла»). Принципиально важной является рекомендация строгого соблюдения режима сна, отдыха и приема пищи. Необходимо полностью исключить контакт со средствами бытовой химии и прочими агрессивными веществами.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДЕРМАТОЗАМИ В АНАМНЕЗЕ

Пациенткам с дерматозами в анамнезе следует придерживаться охранительного режима для кожи и регулярно использовать эмульсии, среди которых предпочтительны средства аптечной косметики ввиду сбалансированности состава и отсутствия в них красителей и отдушек. Использование эмульсий способствует коррекции нарушений кожного барьера и значительно снижает необходимость в топических стероидах. Эмульсии следует использовать часто, в достаточном объеме и постоянном режиме. В зимнее время предпочтительны средства с более жирными ингредиентами.

Одним из таких средств является Новатенол®, имеющий в своем составе

Эмоленты (от франц. *molle* — мягкий) — косметические продукты, сочетающие в себе эффективные смягчающие, увлажняющие, регенерирующие и антиоксидантные компоненты. Это могут быть кремы, лосьоны, мази, заменители мыла или шампуни

декспантенол, метаболизирующийся в организме в пантотеновую кислоту, которая является составной частью коэнзима А и участвует в процессах ацетилирования, углеводном и жировом обмене, в синтезе ацетилхолина, глюкокортикостероидов, порфиринов. Она оказывает стимулирующее действие на регенерацию кожи, нормализует клеточный метаболизм, ускоряет митоз и увеличивает прочность коллагеновых волокон. Повышение потребности в пантотеновой кислоте наблюдается при повреждении покрова или тканей, а ее недостаток можно восполнить местным применением Новатенола®. Его гидратирующий эффект связан со способностью восстанавливать эпидермальный барьер, что, в свою очередь, оказывает регенерирующее, метаболическое и противовоспалительное действие. Оптимальная молекулярная масса, гидрофильность и низкая полярность позволяют ему проникать во все слои кожи. Вспомогательные вещества улучшают свойства крема. Новатенол® может применяться при любых изменениях кожи, включая физиологические и пограничные состояния, специфические и неспецифические дерматозы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ДЕРМАТОЗАМИ

Беременные с изменениями кожи, имеющие в анамнезе неспецифические дерматозы, должны наблюдаться дерматологом. Терапия может проводиться с учетом специфики терапевтических вмешательств, применяемых в акушерской практике, и требует дифференцированного подхода.

Всем беременным обязательна рекомендация постоянного использования индивидуально подобранных эмульсий. Необходимо использовать лекарственные средства (ЛС), безопасные для матери и плода, разрешенные для назначения беременным. Для купирования выраженных обострений (яркая эритема, мокнутие и т.д.) возможно кратковременное (3–7 дней) использование топических глюкокортикостероидных средств последнего поколения (мометазона фураат, гидрокортизона-17-бутират, метилпреднизолона ацепонат) 1 раз в сутки вечером. Сочетая адекватную наружную терапию и мероприятия, направленные на поддержание естественного защитного кожного барьера, в большинстве случаев удается добиться значительного улучшения.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НУТРИЕНТОВ В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЗОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Течение физиологических изменений кожи, прежде всего дерматозов, усугубляется при нарушениях ферментации нутриентов, возникающих при дефиците нормобиоты, что приводит к накоплению и резорбции в просвете кишки биологически активных веществ,

вызывающих эндогенную интоксикацию и играющих роль аллергенов и псевдоаллергенов в реакциях пищевой непереносимости вследствие нарушения инвазии внутрикишечного гистамина.

Нарушение трофического статуса кожи связано также со снижением синтеза эндогенных витаминов и аминокислот, изменением метаболизма холестерина, пищевых аминов, желчных кислот, обмена железа.

Симптомы латентного дефицита железа (ЛДЖ) и железодефицитной анемии (ЖДА) в первую очередь характеризуются проявлениями сидеропенического синдрома, для которого характерны бледность, хлороз (зеленовато-желтушный или алебастровый оттенок кожи, голубоватые склеры, шелушение, выпадение волос, заусеницы), трещины на губах, вплоть до ангулярного стоматита, ломкость и уплощение ногтей вплоть до койлонихии (глубокого блюдцеобразного вдавления на поверхности ногтя), сухость кожи. В связи с этим необходимо обязательно обследовать женщин с изменениями на коже с целью выявления дефицита железа и проводить его

лечение, а также профилактику в период беременности и лактации, для чего используют железосодержащие ЛС.

Одним из эффективных ЛС для лечения ЛДЖ и ЖДА является препарат Сорбифер Дурулес (сульфат железа 100 мг с аскорбиновой кислотой 60 мг). Технология Дурулес обеспечивает постепенное высвобождение активного вещества (ионы двухвалентного железа) из пористого матрикса таблетки на протяжении 6 часов в тонком кишечнике (пластиковый матрикс таблеток инертен в пищеварительном соке желудка, но распадается под действием кишечной перистальтики), что предотвращает высокую местную концентрацию железа и позволяет тем самым снизить вероятность развития побочных эффектов. Прием препарата Сорбифер Дурулес по 100 мг 2 раза в день обеспечивает на 30 % большее всасывание железа по сравнению с другими железосодержащими ЛС и, следовательно, более быстрое насыщение им организма.

Таким образом, беременность является фактором, провоцирующим возникновение дерматозов, и изменяет их клиническое течение в широких пределах — от физиологических до патологических, требуя соответствующих медицинских вмешательств при совместном наблюдении акушера-гинеколога и дерматолога.

Список литературы находится в редакции

Новатенол®. Забота о коже мамы и малыша

Лечение и профилактика заболеваний кожи во время беременности

Лечение и профилактика трещин и воспаления сосков молочной железы во время лактации

Лечение и профилактика опрелостей у грудных детей

- Нормализует клеточный метаболизм
- Увеличивает прочность коллагеновых волокон
- Оказывает слабое противовоспалительное действие
- Стимулирует регенерацию кожи и слизистых, ускоряет митоз
- Увлажняет и питает кожу

БЛАГОДАРЯ ОСОБОМУ ХИМИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ*, НОВАТЕНОЛ ЛЕГКО ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ЭПИДЕРМИС И СЛУЖИТ ИСТОЧНИКОМ ЭНЕРГИИ ДЛЯ ВСЕХ СЛОЕВ КОЖИ

* Оптимальная молекулярная масса, гидрофильность и низкая полярность

Инструкция по медицинскому применению ЛП Новатенол (мазь), с изменениями 1-7, РУ П N011108 от 19.08.2020
Инструкция по медицинскому применению ЛП Новатенол (крем), с изменениями 1-10, РУ ЛС-001251 от 25.08.2020

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Беременность при хронической болезни почек. Планирование гестации и оздоровления в схемах и алгоритмах

И.Г. Никольская, Е.И. Прокопенко, Н.Л. Козловская, С.В. Апресян, Н.В. Бычкова
2022. 188 с.
ISBN: 978-5-907218-40-6



Сборник практических советов и инструкций для врача при ведении будущих матерей с нефрологическими заболеваниями. В издании собрана актуальная информация по вопросам диагностики, ключевым показателям динамического контроля, схемам лекарственной терапии в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Книга поможет докторам найти правильные и максимально безопасные варианты решения клинических задач.

Сексология в клинической практике

Клаус М. Байер, Курт К. Левит.
Пер. с англ. проф. Н.Д. Кибрика
2022. 208 с.
ISBN: 978-5-9704-6416-8



Проблемам, связанным с сексуальной жизнью, традиционно придавалось меньшее значение по сравнению с другими аспектами здоровья. Но по мере того, как сексуальность признается необходимой составляющей качества жизни, понимание, обсуждение секса и применение доказательных методов становятся важными не только в лечении патологии. В данном руководстве моделируются непредвзятые подходы к расстройствам сексуальной функции, сексуального поведения и сексуальных взаимоотношений. Издание предназначено не только специалистам, но будет интересно и полезно широкому кругу читателей.

Гормональные исследования и их интерпретация в практике врача акушера-гинеколога

Под ред. проф. М.И. Ярмолинской
2022. 272 с.
ISBN: 978-5-9704-6764-0



В руководстве представлена информация о современных гормональных исследованиях, необходимых для оценки физиологии репродуктивной системы, функции щитовидной железы, эндокринной функции поджелудочной железы, жировой ткани, надпочечников, а также метаболизма костной ткани. Книга предназначена практикующим врачам акушерам-гинекологам и репродуктологам, эндокринологам, врачам общей практики, клиническим ординаторам, аспирантам, студентам высших медицинских учебных заведений.

ОТДОХНИ

Выбор главного редактора Галины Борисовны Дикке

Пробуждение

США, 1990 г.
Драма, биография
Режиссер: Пенни Маршалл
В главной роли: Роберт Де Ниро
Три премии «Оскар» (1991)



Доктор Малколм Сэйер, застенчивый врач и ученый, использует экспериментальные препараты, чтобы «пробуждать» обездвиженных жертв редкого заболевания. Леонард был первым пациентом, получившим это неопробованное лечение. Его пробуждение, наполненное благоговением, страхом и энтузиазмом, приводит как бы ко второму рождению и самого Сэйера, по мере того как пациент открывает для себя и доктора простые радости жизни. Воодушевленный чудесным выздоровлением Леонарда, Сэйер дает лекарство другим больным.

Акушерство
и гинекология

сегодня

1 (13) / 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 № 220639

Тираж 10 800 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информаци-
онных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-74579 от 14.12.2018.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без офици-
ального 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>

КРУГЛЫЙ СТОЛ

Будущее без рака шейки матки

Круглый стол с таким названием, посвященный Всемирному дню борьбы с вирусом папилломы человека (ВПЧ), прошел 4 марта 2022 года в Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России (далее — НМИЦ). Эксперты обсудили современные пути борьбы с раком шейки матки (РШМ), главной причиной которого является ВПЧ.

На круглом столе выступили директор НМИЦ, академик РАН, проф. Г.Т. Сухих, зам. дирек- тора НМИЦ, директор Института онкогине- кологии и маммологии, академик РАН, проф. Л.А. Ашрафян, директор Института акушер- ства НМИЦ, проф. РАН, главный внештатный специалист по акушерству Минздрава России, проф. Р.Г. Шамаков; зав. отделением эстети- ческой гинекологии и реабилитации НМИЦ, проф. И.А. Аполихина, одна из руководителей благотворительного фонда поддержки жен- щин «Александра» Е. Башта, а также пациен- ка из Мурманска Виктория с РШМ II стадии, у которой в НМИЦ родилась здоровая девочка.

Участники круглого стола выразили се- рьезную обеспокоенность по поводу распро- страненности РШМ в нашей стране. В оте- чественной статистике по злокачественным новообразованиям этот рак занимает пятое место по заболеваемости и десятое по смерт- ности. «При этом из-за РШМ чаще всего поги- бают женщины в молодом, репродуктивном и наиболее работоспособном возрасте», — с грустью констатировал академик Г.Т. Сухих.

Академик Л.А. Ашрафян привел тревожные цифры: за последние 20 лет заболеваемость РШМ среди женщин 15–30 лет выросла в 6 раз, а смертность — в 2 раза. Ни в одной другой возрастной группе не было такого роста. И так, мы видим стремительное «омоложение» РШМ. Между тем, поскольку папилломавирусная инфекция является вакциноуправляемой, этот рак можно предотвратить, напомнил эксперт. Однако, как показал проведенный фондом «Александра» опрос 1000 женщин из разных регионов России, более половины из них не знали, что РШМ — профилактируе- мое заболевание.

Стратегия ВОЗ по ликвидации рака шейки матки, к которой присоединилась и Россия, предусматривает три ключевых направления:

вакцинацию, скрининг и лечение. К 2050 г. успешная реализация этой стратегии позво- лит сохранить 5 млн жизней женщин, которые потенциально могли бы погибнуть от РШМ.

Проф. Р.Г. Шамаков сообщил, что НМИЦ стал уникальным в России учреждением, где медицинскую помощь получают беремен- ные женщины, страдающие опухолевыми болезнями. Эту работу выполняет команда онкогинекологов, онкомаммологов, акушеров, неонатологов, эндокринологов, специалистов по химио- и лучевой терапии. За прошедший год НМИЦ принял уже 110 пациенток, заболев- ших раком во время беременности.

Одна из таких пациенток — Виктория. Вот что она рассказала: «Когда я только начала лечиться в НМИЦ, врачи объяснили мне, что главное для них — не навредить ребенку и не ухудшить прогноз заболевания. И вот сегодня, когда прошли успешные роды, когда я вижу, как моя дочь растет здоровым ребен- ком, а я получаю лечение, замедлившее раз- витие рака, я поняла, что доктора из центра Кулакова держат свое слово. Огромное им спасибо!»

Помимо лечебной работы в НМИЦ ведутся научно-медицинские исследования. «В нашем центре,— сообщила проф. И.А. Аполихина,— в 2021 году стартовало клиническое исследо- вание российской лечебной вакцины, направ- ленной против ВПЧ 16-го типа — наиболее частой причины развития РШМ. В отличие от профилактической новая лечебная вакцина применяется у женщин, уже инфицированных ВПЧ. Действие этого инновационного средства заключается в усилении местного противо- опухолевого иммунитета клеток шейки матки. Уже получены предварительные результаты, и они многообещающие. Теперь наша зада- ча — убедиться в стойком и надежном эффекте лечебной вакцины».

Выбор профессора Евгения Юрьевича Глухова

Александр Куприн «Яма»

(1908–1914)

Это история об обитателях одного из публичных домов, расположенных в Ямской слободе (называемой просто «Яма») некоего южного города царской России. Александр Куприн едва ли не первым среди отечественных писателей взял на себя смелость поднять тему продажной любви, рассказать о судьбе таких женщин. В свое время эта повесть вызвала эффект разорвавшейся бомбы. Официальный цензор назвал «Яму» безнравственной и неприличной, Корней Чуковский посчитал ее пощечиной всему обществу, а Лев Толстой сказал только: «Грязно это!»