



Тема номера

## Редкие заболевания

с. 3

Рак шейки матки и беременность

с. 4

Эндометриоз мочеточников: как распознать?

с. 5

Ошибки терминологии в медицинской литературе

с. 8

Беременность в рубце на матке

### Слово главного редактора



**Галина Борисовна ДИКЕ**

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

### Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Этот выпуск нашей газеты мы посвятили редким (орфанным) заболеваниям в гинекологии, которые встречаются в общей популяции с малой частотой. Они характеризуются широким разнообразием симптомов, причем у пациентов с одним и тем же диагнозом клинические проявления могут сильно различаться. Несмотря на низкую распространенность каждой такой болезни, эта группа включает около 7000 нозологических форм. Таким образом, в совокупности ими страдают сотни тысяч людей во всем мире.

В России орфанными считаются заболевания с распространенностью не более 10 случаев на 100 000 населения (1 пациент на 10 000 человек), а в странах Евросоюза — 1 на 2000. На сегодняшний день причины возникновения большинства таких заболеваний и состояний неизвестны, равно как не существует и способов их лечения. Тем не менее за последние годы медицина достигла значительных успехов в диагностике, терапии и даже предотвращении некоторых из них.

Нередко необычная клиническая картина наряду с недостаточной осведомленностью части врачебного сообщества относительно признаков подобной болезни, трудностями адекватного лабораторного тестирования приводят к ее позднему выявлению и неправильному лечению. В то же время нужно помнить, что врач любой специальности может столкнуться в своей практике как с редкими, так и с атипичными проявлениями «обычных», широко распространенных заболеваний. Об этом — наши материалы в сегодняшнем номере.

Успехов вам в работе!

### Актуальное интервью

## Синдром Свайера: каприз природы

«Интерсекс-люди существуют. Они сталкиваются с дискриминацией и нарушениями прав человека, в первую очередь потому что их тела не соответствуют «типичным» представлениям о мужском и женском поле». Это цитата из письма-обращения Дж. Боба Алотты (J. Bob Alotta), размещенного на сайте Ассоциации русскоязычных интерсекс-людей ([astraeafoundation.org/weareal/ru](http://astraeafoundation.org/weareal/ru)). В современном обществе присутствуют абсолютно полярные мнения относительно имеющих подобные особенности. Однако совершенно очевидно, что в большинстве случаев аномалии полового развития требуют пристального внимания со стороны врачей. О входящем в категорию таких нарушений синдроме Свайера мы беседуем с одним из ведущих отечественных экспертов, акушером-гинекологом Владимиром Владимировичем Остроменским.

— Владимир Владимирович, не политизируя историю интерсексуальности, а рассматривая ее с чисто медицинских позиций, расскажите, пожалуйста, насколько часто в клинической практике встречается синдром Свайера? Что должен знать о нем акушер-гинеколог?

— В 2006 г. в рамках Международного консенсуса по ведению интерсексуальных расстройств синдром Свайера был классифицирован в группу «чистой формы» (полной) дисгенезии гонад. Он подразумевает отсутствие соответствия между мужским генотипом и женским фенотипом. Впервые заболевание было описано английским эндокринологом Джеральдом Свайером (G.I.M. Swyer) в 1955 г. Это относительно редкая аномалия; ее частота по разным данным составляет 1 : 100 000 человек. На протяжении 2018 г. во всем мире было зарегистрировано менее 100 таких пациентов. Среди нарушений полового развития у девочек 0–18 лет доля данной нозологической формы составляет 4,7%. В классификации МКБ-10 она закодирована следующим образом: «E34.5. Синдром андрогенной

резистентности» либо «Q54.4. Неопределенный пол неуточненный».

— Половая дифференциация у плода начинается в 6–7 нед беременности. Получается, что именно в этот период и происходит «поломка». Каковы особенности патогенеза этого синдрома?

— Совершенно верно, в I триместре, а точнее, на сроке гестации 6–7 нед плод имеет как женские (мюллеровы), так и мужские (вольфовы) половые пути. Из мюллеровых протоков впоследствии формируются маточные трубы, матка, верхняя часть влагалища; из вольфовых — семявыносящие протоки, придатки и семенные пузырьки. Однако необходимо помнить, что «по умолчанию» бипотенциальные гонады и внутренние структуры развиваются по женскому типу.

В основе синдрома Свайера лежит активность локуса TDF (Testis-determining factor, или Sex-determining region Y, SRY), локализованного на коротком плече Y-хромосомы. Ген SRY отвечает за кодировку фактора, активирующего цепь преобразований, финальным этапом которых и стано-



**Владимир Владимирович ОСТРОМЕНСКИЙ**

К.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», главный врач родильного дома, зам. главного врача по акушерству и гинекологии сети клиник «Скандинавия», С.-Петербург

вится дифференциация гонад в яичко с формированием мужского пола плода. В то же время мутации (включая делецию) гена провоцируют нарушение дифференцировки клеток Сертоли, ограничивая влияние ключевых

Продолжение на с. 2 ▶

### Новости

## Как быстро возвращается фертильность после окончания контрацепции?

Ученые из Дании и США оценили, какой может быть задержка восстановления фертильности у женщин после прекращения приема различных контрацептивов. В основу работы лег анализ трех небольших проведенных ранее тематических исследований.

Были изучены данные 18 тыс. жительниц Дании и Северной Америки, планировавших беременность, за период с 2007 по 2019 гг. Объем информации включал подробные сведения о видах контрацепции, ее длительности, состоянии здоровья и образе жизни. Установлено, что время восстановления фертильности варьирует-

ся в зависимости от вида противозачаточных средств, но не связано с продолжительностью их использования. Например, по завершении применения инъекционных препаратов забеременеть можно через 5–8 мес., гормональных пластырей — через 4, оральных контрацептивов или вагинальных колец — через 3, гормональных имплантатов, гормон- или

медьсодержащих внутриматочных спиралей — спустя 2 мес. Авторы считают, что полученные результаты могут помочь женщинам правильно выбрать в каждом случае средство предохранения и рационально подойти к планированию беременности.

Источник: [www.bmj.com/content/371/bmj.m3966](http://www.bmj.com/content/371/bmj.m3966)

## Синдром Свайера: каприз природы

◀ Продолжение, начало на с. 1

«игроков» — тестостерона и антимюллерова гормона (АМГ). При глубоком дефиците первого из них вольфовы протоки попросту не могут нормально развиваться, а вместе с этим не будет происходить и формирование мужских половых органов. Отсутствие же АМГ создает благоприятный фон для образования матки, фаллопиевых труб и верхней части влагалища.

Помимо этого развитие вторичных половых признаков связано с действием андрогенов, вырабатываемых надпочечниками, которые не подвержены этому синдрому. Молочные железы формируются (но не полностью) под влиянием эстрогенов, образующихся путем периферической ароматизации андрогенных гормонов. Такое состояние может возникнуть в результате генной мутации либо наследуется аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным, X- или Y-сцепленным способами.

— Несмотря на то что заболевание отнесено в группу орфанных, то есть редко встречающихся, врачу следует проявлять настороженность: ведь наряду с нарушениями половой дифференцировки пациенты с синдромом Свайера подвержены и онкологическим рискам?

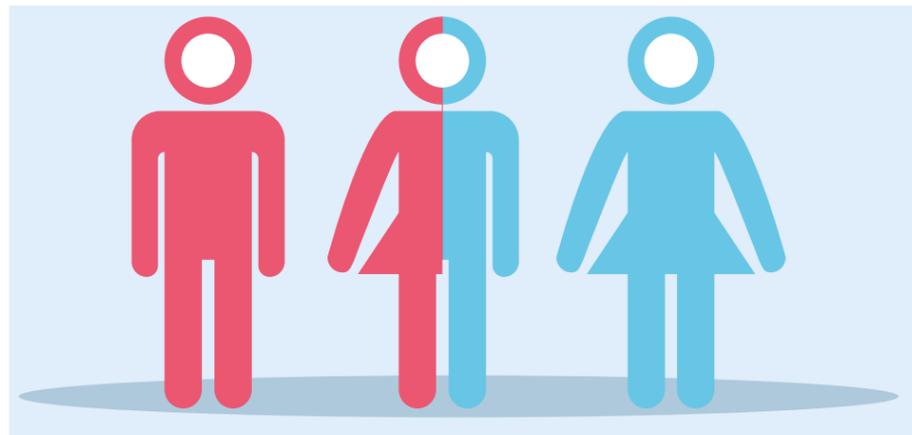
— В качестве основных клинических признаков синдрома следует отметить мужской кариотип (46; XY), наличие гонад в виде стромы с включениями элементов тестикулярной ткани, при этом — феминное строение наружных и внутренних половых органов (возможна слабая вирилизация наружных гениталий в виде гипертрофированного клитора), половой инфантилизм, первичную аменорею, бесплодие, евнухоидное телосложение, слабое развитие вторичных половых признаков. И вы совершенно правильно акцентировали внимание на том, что носители данной аномалии относятся к группе высокого онкогенного риска. В современной литературе есть ряд публикаций, подтверждающих, что в среднем у 30% больных после наступления пубертата развивается гонадобластома — опухоль сама по себе доброкачественная, но выступающая предшественником злокачественного новообразования — дисгерминомы.

— В своей практической работе вы встречали пациентов с этим синдромом?

— На сегодняшний день в научной литературе описаний клинических наблюдений по ведению пациенток с синдромом Свайера насчитывается немного. В нашей практике тоже была такая больная: она поступила в родильный дом в декабре 2018 г. для родоразрешения. Пациентке на тот момент было 37 лет, срок гестации составлял 38 нед. Из анамнеза удалось выяснить, что женщина была рождена в срок, нарушений развития в соответствии с возрастом обнаружено не было; мать ее умерла от онкозаболевания. На первый взгляд это мог бы быть рядовой клинический случай, если бы не подробности гинекологического анамнеза, свидетельствующего, что у пациентки имелись первичная аменорея, отсутствие спонтанных беременностей. В 34-летнем возрасте женщина обратилась к врачу для выяснения причин отсутствия менструаций и бесплодия. Было выполнено кариотипирование, позволившее выявить мужской кариотип (46; XY), а дополнительное обследование показало отсутствие яичников и гипо-

плазию матки (размеры по УЗ-данным 4 × 3,5 × 3 см). Настоящая беременность наступила в цикле экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с донорской яйцеклеткой, протекала без осложнений и завершилась родоразрешением путем кесарева сечения в сроке 38 нед 5 дней. Родилась доношенная девочка массой 3080 г, длиной 50 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, без видимых пороков развития.

— Выходит, что реализации репродуктивной функции, пусть и с применением методик вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), синдром Свайера не препятствует. Тем не менее такая пациентка может оказать на приеме у акушера-гинеколога. Какие жалобы или особенности долж-



Синдром Свайера впервые был описан английским эндокринологом Джеральдом Свайером (G.I.M. Swyer) в 1955 г. Это относительно редкая аномалия; ее частота по разным данным составляет 1 : 100 000 человек.

ны направить врача на поиск именно этой генетической аномалии?

— Действительно, наличие XY-генотипа не влияет на нормальный эндометриальный ответ и способность полового аппарата к реализации репродуктивной функции, что подтверждается возможностью вынашивания беременности и родоразрешения. Обобщая наш опыт, а также информацию от зарубежных коллег, можно отметить, что чаще всего пациентки с синдромом Свайера впервые приходят к акушеру-гинекологу в возрасте 18–23 лет, при этом основная жалоба — первичная аменорея. Возвращаясь к ранее описанному клиническому случаю, можно сказать, что обращение женщины к врачам даже несколько запоздало: в 34 года после 6 лет брака, сопровождавшегося отсутствием беременности.

Однако следует отметить, что наша пациентка не жаловалась на качество жизни, не ощущала никаких особенностей строения своего тела и ничто не мешало ее полноценному функционированию как женщины. Об этом же свидетельствуют и литературные данные — визуально невозможно отличить больную девушку от здоровой. Для имеющих синдром Свайера характерны женский тип телосложения, нормальный рост, сформированные наружные половые органы и молочные железы, хотя нередко они гипопластичны. Заболевание отличается отсутствием соматических аномалий (встречается сочетание с неврологическими и почечными патологиями врожденного характера). При физикальном обследовании, выполнении

инструментальных исследований выявляются физиологически правильно развитые матка и фаллопиевы трубы (иногда также возможна их гипоплазия). И именно на этом этапе важно внимание врача к деталям и нацеленность на поиск возможных нарушений, скрывающихся за «фасадом» физиологической нормы. В области расположения яичников практически всегда визуализируются тяжи из соединительной ткани, в которых могут присутствовать железистые включения. Изучение гормонального фона показывает значительно повышенный уровень гонадотропинов в крови, низкое содержание эстрадиола. Гонады при гистологическом исследовании представляют собой строму, состоящую из фибробластных клеток, ядра которых лишены полового хроматина. В строме обнаруживаются стерильные семенные каналы, выстланные сертолиевым эпителием незрелого типа, скопления типичных клеток Лейдига.

— Вы упомянули о том, что пациентка из описанного клинического наблюдения обратилась за помощью поздно. Возраст на момент диагностики действительно имеет значение?

— Своевременность выявления синдрома Свайера нельзя переоценить. Во-первых, наличие гонад кариотипа XY ассоциировано с высоким риском злокачественных заболеваний. Кроме того, ранняя диагностика жизненно важна с учетом необходимости гормональной терапии для индукции полового созревания, а также для поддержания минеральной плотности костей и предотвращения остеопороза. В этой связи еще раз хочу подчеркнуть особую роль настороженности врачей относительно этой патологии: к сожалению, нередки ситуации, когда верификация диагноза отодвигается на неопределенно долгий срок не из-за несвоевременного обращения женщины, а лишь ввиду того, что поиск причин аменореи и бесплодия уводит клинициста в сторону от анализа кариотипа.

— Есть ли особенности течения беременности и родоразрешения у таких пациенток?

— В современной литературе указаний на неблагоприятное течение гестации при синдроме Свайера мне пока не встречалось. А вот наличие сопутствующих заболеваний может вызвать осложнения беременности, хотя такая ассоциация в акушерско-гинекологической практике возникает и в любых других случаях — не обязательно лишь при нарушении половой дифференцировки. Так, в публикации

Е.В. Мишариной и соавт. (2018) у пациентки имелся сахарный диабет 1 типа, контролируемый инъекциями инсулина. В сроке 37–38 нед было диагностировано нарушение гемодинамики II степени, что привело к развитию тяжелой преэклампсии и стало показанием к оперативному родоразрешению на 38-й нед. В целом же 12 работ, касающихся описания беременности и родов у женщин с этим синдромом, содержат упоминание возникновения преэклампсии и гестационной гипертензии.

В том, что касается выбора метода родоразрешения, единого подхода нет. Практически все известные беременности на фоне рассматриваемого синдрома были завершены кесаревым сечением. Однако стоит отметить, что такое решение основывается не на четких акушерских показаниях, а на желании пациентки или мнении врачей о предпочтительности оперативного вмешательства из-за возможной андрогенной формы таза (хотя это не очевидно), нестабильного положения плода и гипопластической матки. Лишь 1 клинический случай, описанный в 2008 г., завершился вагинальными родами.

— Большое спасибо за столь подробное освещение этой темы для наших читателей. В завершение беседы не могу не спросить о частном родильном доме «Скандинавия», главным врачом которого вы являетесь. Для Санкт-Петербурга, да и для России в целом это явление пока не столь распространенное, но, похоже, формирующее новый тренд в отечественном акушерстве?

— Благодарю за вопрос, очень приятно, что вы упомянули о нашем роддоме. Родильному отделению нашей клиники уже 16 лет, но родильный дом «Скандинавия» появился в Санкт-Петербурге совсем недавно, в январе 2020 г. Очень важно, что он находится в составе многопрофильной стационара, то есть у нас и наших пациенток всегда есть возможность получить своевременную помощь узких специалистов. К слову, и персонал учреждения — профессионалы высокого уровня: акушеры-гинекологи, неонатологи — врачи высшей категории, кандидаты медицинских наук с опытом практической работы не менее 10 лет. С огромной долей уважения и восхищением я готов говорить и о наших акушерках, педиатрических медицинских сестрах. На мой взгляд, тщательный подбор сотрудников — одно из важнейших слагаемых успеха: без команды единомышленников любая, даже самая прогрессивная идея останется без реализации. Для нас совершенно необходимо, чтобы женщина и новорожденный ощущали комфорт и постоянную заботу на всех этапах пребывания в клинике, чтобы процесс родов перестал пугать будущих матерей (ведь не секрет, что болезненные роды, равнодушие персонала — одни из самых частых страхов, возникающих у беременных). Мы располагаем оборудованным по последнему слову техники реанимационным отделением, которое может быть задействовано в случае необходимости. Словом, можно много рассказывать о преимуществах «Скандинавии», но лучше все увидеть собственными глазами. Я приглашаю в гости коллег и, конечно, будущих родителей.

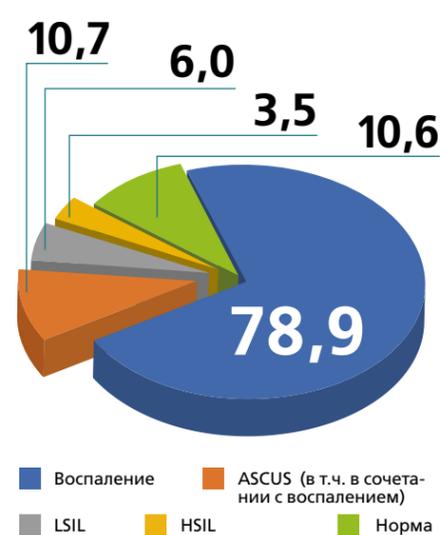
А еще у нас есть «Стена счастья» — это сакральное место выписной комнаты, где молодые матери и отцы могут поместить бабочку с именем своего ребенка, появившегося на свет в стенах нашего роддома. И таких бабочек с каждым днем становится все больше. 🦋

Беседовала Ольга Катасонова

# Рак шейки матки и беременность

**Рак шейки матки (РШМ) — наиболее частое онкологическое заболевание у беременных. Однако во время вынашивания ребенка и в течение 12 месяцев после родов он обнаруживается довольно редко, составляя 1–3 % в структуре рака этой локализации, а заболеваемость им колеблется в пределах от 0,8 до 1,5 случаев на 10 000 рождений. В период беременности диагностика РШМ затруднена; лечение же таких женщин основано на консенсусе и рекомендациях экспертов. Поэтому единой терапевтической стратегии здесь не существует, при том что любые вмешательства со стороны врачей ограничены.**

Важно отметить, что среди беременных, инфицированных вирусом папилломы человека (ВПЧ), 74 % не имеют интраэпителиальных поражений шейки матки (ИЭП); ее заболевания представлены в большинстве случаев (до 90 %) воспалительными процессами (рис.).



**Рисунок.** Структура заболеваний шейки матки у беременных женщин, % (Бибнева Т.Н., Дикке Г.Б., 2020)

Патологические изменения в ПАП-мазках при беременности встречаются в 5–8 % случаев, что совпадает с аналогичными показателями вне гестации. Большинство интраэпителиальных диспластических процессов ИЭП не прогрессирует или даже регрессирует в гравидарный и постгравидарный периоды.

Изучение естественной динамики течения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) на протяжении гестации имеет важное значение, поскольку определяет возможность консервативного ведения пациенток. Исследования показали, что во время беременности трансформация до инвазивной карциномы происходит крайне редко — не более чем у 0,4 % женщин. Спонтанная регрессия отмечается в 48–70 % наблюдений у имеющих HSIL или CIN 2-3 (Coppolillo E.F. et al., 2013). Молодой возраст (<25 лет) и беременность выступают двумя факторами, связанными с более высокими показателями регресса нелеченых аномалий высокой степени (Anderson L. et al., 2020).

К концу послеродового периода 50 % пациенток изменений по сравнению с исходным состоянием не имеют, прогрессирование выявляется у 2,9 %, регресс — у 47,1 % (Suchonska B. et al., 2020). По другим данным последний регистрируется в 37–74 % наблюдений после родов, прогрессия — лишь в 3,9 %; трансформации в инвазивный рак не отмечалось (Mailath-Pokorný M. et al., 2016). В то же время ученые обращают внимание на то, что возраст  $\geq 25$  лет, наличие HSIL и ВПЧ-16

являются значимыми факторами риска развития и персистенции CIN по окончании вынашивания (Cubo-Abert M. et al., 2012).

Влияние метода родоразрешения на возможность регрессии шейечных диспластических поражений остается спорным (Kaplan K.J. et al., 2004). Так, в исследовании Ahdoot D. и соавт. (1998) спонтанный регресс был отмечен у 60 % женщин с HSIL после родов через естественные пути и ни у одной — после операции кесарева сечения (КС). Предполагается, что повреждения шейки матки, возникающие во время II и III периодов родов, могут приводить к развитию воспалительной реакции в цервикальном эпителии, что способствует активации механизмов репарации (Амирова Х.Д., 2016). Согласно другой теории преходящая ишемия тканей ИЭП, возникающая в процессе ее открытия, обуславливает регресс заболевания. В работе Mailath-Pokorný M. и соавт. (2016) не наблюдалось различий между темпами регресса после естественных родов (53,6 %) и КС (66,6 %). Соответственно, в настоящее время наличие интраэпителиальных поражений шейки матки не является показанием для оперативного родоразрешения.

При положительных результатах ПАП-теста и отсутствии явных признаков инвазивного рака во время беременности рекомендуется консервативный подход к тактике ведения. Если инвазивный процесс исключен, все дальнейшие манипуляции, как диагностические, так и терапевтические, откладываются на послеродовый период.

**Тактика ведения беременных в зависимости от цитологического заключения:**

- При ASCUS — отложить кольпоскопию на период через 6 нед после родов. В случае таких изменений у пациенток >20 лет рекомендуется выполнить анализ на наличие ВПЧ, поскольку это исследование характеризуется большей чувствительностью, чем ПАП-тест при диагностике HSIL (Origoni M. et al., 2012). При выявлении вирусов папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВКР) показана кольпоскопия также спустя 6 нед после родов, в случае отсутствия данных форм патогенов в этот же срок можно повторить цитологическое исследование (Wright J.R. et al., 2007).

- При LSIL — выполнить кольпоскопию. При отсутствии подозрения на тяжелые повреждения — повторное обследование в послеродовом периоде.

- При HSIL — срочная кольпоскопия, биопсия. Кольпоскопическое исследование рекомендуется и в случае обнаружения атипичных клеток плоского эпителия, не позволяющих исключить HSIL (ASC-H). При подозрительных в отношении рака результатах — выполнение биопсии.

**Тактика ведения беременных в зависимости от результатов биопсии:**

- Поражения вплоть до карциномы *in situ* не требуют вмешательства на протяжении гестации.

- В случае подозрения на микроинвазивную карциному необходима **диагностическая конизация** (с высотой конуса не более 1,5 см) или петлевая электроэксцизия даже во время беременности. Выскабливание цервикального канала не производится из-за высокого риска прерывания беременности после данной манипуляции. Конизация ИЭП может быть выполнена в любом сроке, но не менее чем за 4 нед до предполагаемых родов. В IA1 стадии (инвазия до 3 мм и протяженность по горизонтали до 7 мм без сосудистой инвазии) эта методика является оптимальным и безопасным вариантом лечения. Риск метастазирования составляет 0,8 % при плоскоклеточном раке и 1,5 % — при аденокарциноме.

**Тактика ведения беременных при раке шейки матки**

Диагностика РШМ основывается на гистологическом исследовании, однако прогноз заболевания определяется размером опухоли и вовлеченностью в патологический процесс лимфатических узлов.

В целом выжидательная тактика с динамическим наблюдением и цитологическим контролем допустима при преинвазивном раке или CIN 3 во время беременности. Интранатальная гистерэктомия для лечения дисплазии ИЭП нецелесообразна ввиду частой регрессии CIN после родов. При инвазивном процессе требуется про-



**Тамара Николаевна БИБНЕВА**

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

ведение уточняющей диагностики — расширенной биопсии шейки матки. Дальнейший терапевтический план зависит от стадии заболевания.

**Тактика ведения беременных с инвазивной карциномой представлена в таблице.**

Необходимо подчеркнуть особую роль мультидисциплинарного подхода с участием онкогинеколога, акушера-гинеколога, неонатолога, химио- и лучевого терапевтов, психолога, юриста в решении ряда важных вопросов.

Сообщения о том, что беременность ухудшает прогноз заболевания, в современной литературе не встречаются. Следует особо подчеркнуть, что показатели выживаемости беременных и небеременных женщин с инвазивным РШМ аналогичны.

В России среди врачебного сообщества существует убеждение о необходимости прерывания беременности на любых сроках не только на фоне подтвержденного РШМ, но даже при подозрении на него. Особенно острую ситуацию создает обнаружение неопластического процесса в I триместре. В случае протонирования беременности предстоит долгий период наблюдения с учетом невозможности исключить инвазию и вероятность неопластической прогрессии. 🙏

**Таблица.** Тактика ведения беременных при неинвазивном и инвазивном раке шейки матки

Стадия РШМ	Тактика
Карцинома <i>in situ</i> в I триместре	Прерывание беременности и эксцизия через 4–8 нед
Карцинома <i>in situ</i> в I триместре и при желании сохранить беременность Карцинома <i>in situ</i> во II и III триместрах	Кольпоскопическое и цитологическое наблюдение; через 2–3 мес. после родов — эксцизия или гистерэктомия (при отсутствии желания сохранить фертильность)
IA стадия в I или II триместре или после родов	Экстирпация матки с верхней третью влагалища
IB стадия в I или II триместре	Расширенная экстирпация матки; в послеоперационном периоде — дистанционная лучевая терапия
IV стадия в III триместре (после 20 нед — протонирование беременности не более 4–8 нед)	Мониторинг каждые 2 нед. В сроке 28–32 нед — кесарево сечение с последующей расширенной экстирпацией матки, в послеоперационном периоде — дистанционная лучевая терапия
IIA стадия в I, II или III триместре	Расширенная экстирпация матки с последующим дистанционным облучением

Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1080 с.

# Свой среди чужих — чужой среди своих: эндометриоз мочеточников

Ю.С. Корнева, Г.Б. Дикке

**Эндометриоз — издавна известное заболевание с до сих пор не уточненным этиопатогенезом. Диапазон распространения эндометриоидных гетеротопий в организме чрезвычайно широк, а поражение органов мочевыделительной системы весьма коварно. Из-за относительной редкости этой локализации она часто не учитывается лечащими врачами при дифференциальной диагностике. Каков же патогенез поражения мочеточников и почек при эндометриозе? Как вовремя распознать данную патологию? Об этом рассказывают уролог и гинеколог.**

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота эндометриоза мочеточников (ЭМ) в популяции составляет 0,1–0,4%. Он чаще встречается при эндометриозе ректовагинальной перегородки — у 4,4% женщин, а при диаметре очагов более 3 см — у 11,2%. Обнаружена сильная связь между обструктивным типом ЭМ и поражением параметрия ( $p = 0,001$ ). Genparo K. и соавт. (2017) сообщают, что 21% перенесших операции по поводу генитального эндометриоза одновременно нуждались и в хирургическом лечении ЭМ. Saavalainen L. и соавт. (2016) обнаружили, что терапия бесплодия потребовалась 71% пациентов с этой локализацией.

## ПАТОГЕНЕЗ

Карл Рокитанский (Karl von Rokitansky) впервые описал эндометриоз в середине XIX в., и с тех пор этиопатогенез этого заболевания остается загадкой — оно также известно как «болезнь теорий» (Charatsi D. и соавт., 2018). До настоящего времени нет официально принятой версии, полностью объясняющей механизм его развития. Часть из существовавших ранее не прошли проверку временем, а наиболее актуальные гипотезы — эмбриональная, метапластическая, имплантационная (или теория маточно-перитонеального рефлюкса) — не в состоянии полностью объяснить все многообразие локализаций и клинических проявлений при эндометриозе.

Имеются данные, доказывающие с точки зрения имплантационной теории возможность вовлечения в патологический процесс забрюшинно расположенных органов мочевыделительной системы. Несмотря на локализацию, они тесно связаны с париетальным листком брюшины посредством соединительнотканых перемычек. В частности, тазовая часть мочеточника располагается сзади от яичника, прилегая к нему достаточно интимно.

Учитывая этот факт, стоит обратить внимание на некоторые уже отмеченные топографо-анатомические особенности ЭМ. Во-первых, вовлечение яичников является одной из наиболее частых локализаций эндометриоидных гетеротопий. Во-вторых, мочеточники в подавляющем большинстве поражаются именно в их тазовой части. Наконец, для эндометриоидной гетеротопии характерны инфильтрирующий рост и склонность к образованию спаек. Таким образом, можно предположить, что мочеточник поражается вторично при наличии первичного очага в малом тазу — в 100% случаев ЭМ наблюдается в сочетании с вовлечением других органов, расположенных поблизости, что подтверждает состоятельность теории ретроградного заброса для этой локализации.

Поражение почки при эндометриозе — крайне редкое явление. Если помнить о том, что ЭМ вторичен по отношению к первичному процессу

в брюшной полости, а также тот факт, что эндометриоидная гетеротопия иногда способна прорасти в стенку мочеточника (внутренняя форма ЭМ), то в редких случаях ее ткань подобно метастазу может ретроградно попасть в чашечно-лоханочную систему и дать начало уже третичному очагу. Кроме того, некоторыми исследователями рассматривается возможность распространения подобных «метастазов» через лимфатические или кровеносные сосуды из матки в отдаленные органы и части тела.

Учитывая, что эндометриоз — гормонально обусловленное заболевание, следует помнить и о других — иммунологических и молекулярно-генетических — путях, играющих важную роль в патофизиологии глубоких поражений при ЭМ. Гормональный фон в этом случае отличается повышенным биосинтезом эстрогена и ингибиро-

ванием экспрессии прогестерона, что приводит к выживанию эндометриоидных клеток. Этому способствует и определенный тип иммунотолерантности. Окислительный стресс и нейроангиогенетические механизмы также участвуют в развитии пролиферации (Palla V.V. и соавт., 2017).

## ОСЛОЖНЕНИЯ

Вследствие стенозирования просвета мочеточника и нарушения оттока мочи происходит формирование гидронефроза с последующей почечной недостаточностью, что часто диагностируется на поздних стадиях, когда повреждения тканей почки уже необратимы. Чтобы не пропустить поражение органов мочеотделения, следует внимательно относиться к жалобам на тазовые боли, особенно односторонние. Может оказаться, что источником их выступает не сама эндометриоидная гетеротопия, а уже имеющаяся обструкция мочеточника, прогрессирование которой влечет за собой необратимые последствия в виде сформированного эндометриоз-обусловленного гидронефроза.

## КАК РАСПОЗНАТЬ?

**Жалобы.** Визитной карточкой ЭМ является длительная бессимптомность. Частое отсутствие или неспецифичность жалоб заставляют врачей относить их на счет менее «экзотических» патологических состояний или уже имеющихся у пациентки заболеваний.

Синдром хронической тазовой боли присутствует у 70% страдающих ЭМ. Исследователи утверждают, что боли в области поясницы сопровождают до 47% пациенток, а частота уже сформировавшегося гидронефроза в этой группе больных составляет 82%.

Болевой синдром при рассматриваемой патологии имеет существенную особенность — пик болей приходится

на время менструации. Возможна гематурия как следствие кровотечения из гетеротопического очага в просвет полого органа при прорастании патологической тканью всех слоев стенки мочеточника, что классифицируют как внутренний ЭМ (частота — около 20%). Неспецифические жалобы на нарушение мочеиспускания предъясняют 47% женщин с эндометриозом мочевыделительной системы.

**Анамнез** — это половина диагноза. При расспросе женщины с приведенными выше жалобами необходимо уточнить, наблюдалась ли она ранее по поводу эндометриоза. Возможно, при предыдущих обращениях уже была обнаружена такая патология, о чем пациентка может не сообщить ввиду некомпетентности. Установлено, что в 57% случаев у больных с ЭМ ранее были оперативные вмешательства в связи с эндометриозом других локализаций. Следует также выяснить факт предшествующего наблюдения по поводу других гинекологических заболеваний, течение которых привело к необходимости операции. Эндометриоидному поражению мочеточников часто предшествуют гистерэктомия и двусторонняя сальпингофорэктомия. При выполнении хирургического вмешательства вполне очевидным является риск контактного распространения клеток эндометрия по аналогии с развитием эндометриоза рубца после кесарева сечения. Операции урологического профиля в анамнезе фигурируют в 29% случаев.

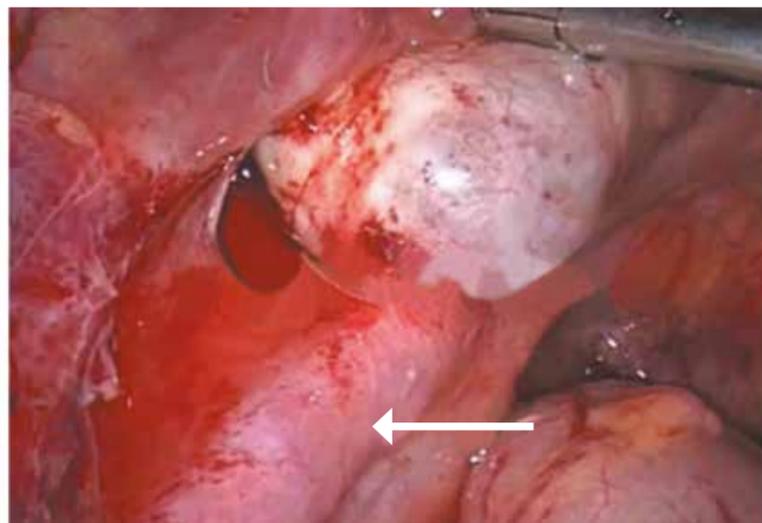
Если же диагноз эндометриоза ранее не устанавливался, то при сборе анамнеза следует выявить возможное наличие факторов, способствующих менструальному рефлюксу. К ним относят раннее менархе, короткий менструальный цикл, наличие аномальных маточных кровотечений в анамнезе. Необходимо обращать внимание и на возраст пациентки. Установлено, что частота маточно-перитонеального рефлюкса значительно выше среди 31–45-летних, тогда как в период от 15 до 30 лет риск его существенно меньше.

Представляют интерес сведения о факторах риска ЭМ, среди которых указываются назначение гормонального лечения (ОР = 6,7) и предыдущая операция по поводу эндометриоза (ОШ = 2,0) (Charpron C. и соавт., 2016).

**Функциональные методы обследования.** Опытный специалист посредством трансвагинальной сонографии способен определить как уровень поражения мочеточника эндометриоидной гетеротопией, так и степень его обструкции. Точность установления диагноза ЭМ при помощи этого метода достигает 99%, а проведение спиральной компьютерной томографии (СКТ) поможет в дифференциальной диагностике, позволяя исключить конкременты как причину обструкции.



Сужение предпузырного отдела левого мочеточника (показано стрелкой) в области поражения его эндометриозом при контрастной рентгенографии



Гидронефр (показан стрелкой) вследствие поражения мочеточника эндометриозом

Продолжение на с. 13 ►

# «Казус Кукоцкого» в медицинской литературе

Казус — случай (обычно странный или неприятный) либо действие, имеющее признаки правонарушения, но лишенное элементов вины и потому ненаказуемое. «Казус Кукоцкого» — семейная сага Людмилы Улицкой, которая описывает жизнь семьи профессора Павла Алексеевича Кукоцкого на фоне истории Советского государства от момента его создания до середины 1960-х гг. Критик Лев Куклин так охарактеризовал роман и его автора: «Всяческие беды, уродства, болезни и прочие несчастья, включая нелепые смерти, прилипают к ее ущербным персонажам, словно мелкие гвоздики к магниту. Даунизм и сумасшествие — частые гости на страницах ее рассказов. Она ухитряется собрать нечто схожее с коллекцией уродцев петербургской Кунсткамеры». Свою коллекцию терминологических «уродцев» мы представляем в этой статье. Приведенные примеры свидетельствуют, насколько важна точность в определении понятий.

Неверное использование медицинских терминов снижает ценность проведенных исследований, препятствует правильной передаче данных и однозначной трактовке понятий и способно приводить к врачебным ошибкам.

Сходство произношения слов (паронимия) может даже стать причиной трагедии. Так, например, в 1980 г. в больницу Флориды (США) привезли 18-летнего пациента, находящегося в коме, — испанца по национальности Вилли Рамиреса. Члены его семьи говорили только по-испански, и чтобы понять состояние молодого человека,

вызвали переводчика, который перевел *intoxicado* на английский как *intoxicated*, что подразумевает действие алкоголя или наркотиков, хотя на тот момент речь шла о пищевом отравлении (исп. *intoxicación* и англ. *intoxication*). В результате неверно поставленного диагноза и ошибочного лечения юноша стал инвалидом. За неправильные действия медиков он получил компенсацию 71 млн долл. А эта переводческая ошибка вошла в историю как одна из самых «дорогих».

Иногда случаи неправильного употребления или перевода похожих

по произношению терминов можно встретить и в авторитетных изданиях. Некорректно переведенное на русский язык английское *patronage* послужило источником такой фразы: «Мероприятие проводилось под патронажем Президента». Между тем здесь есть принципиальное различие: когда действие происходит под чьим-то покровительством, говорят о патронате, слово же «патронаж» в России употребляется только для обозначения медицинского наблюдения за пациентом.

Смешение слов «подпись» и «роспись» широко распространено в раз-

говорной и профессиональной речи. Часто можно услышать «выдать медицинские препараты под роспись», хотя «роспись» означает «письменный перечень чего-либо» (например, «роспись государственных доходов и расходов»), действие по глаголу «расписать» («начать роспись потолка и стен») или «живопись».

Ниже мы приводим некоторые термины и определения, часто, но не всегда корректно употребляемые как в литературе по акушерству и гинекологии, так и в устной речи специалистов.

## «Патологии» (множественное число)

Обратимся к словарю: «Патология (греч. *πάθος* — болезнь, *λογία* — учение), только ед. ч. 1) Наука, изучающая возникновение и течение различных заболеваний и отклонений от нормы в организме человека и животных. *Общая патология*. 2) *мед.* Болезненные процессы, отклонения от нормы в организме. *Патология сосудов. Патология плаценты*. Син.: *аномалия, неполноценность, уродство*».

Термин употребляется только в единственном числе, поэтому выражение «патологии эндокринной системы» (и ему подобные) неправильно. Во множественном числе следует говорить о патологических состояниях.

## «Инфекции, передающиеся половым путем»

По определению ВОЗ инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), — группа инфекционных заболеваний, заражение которыми происходит преимущественно при сексуальных контактах, включая вагинальный, анальный и оральный секс. Нередко встречается словосочетание «инфекции, передающиеся половым путем», где «передающиеся» — причастие, образованное от глагола «передаваться». Этот глагол возвратный (-ся — направленный на себя), т. е. значение выражения — «инфекции, передающие себя кому-либо». «Передаваемые» же — производное от глагола «передавать». Форма страдательного залога показывает, что лицо или предмет, выступающие в предложении в роли подлежащего, не производят самостоятельного действия. Таким образом, речь должна идти об инфекциях, передаваемых от одного человека другому.

## «Несостоятельность тазового дна»

Недостаточность тазового дна (англ. *pelvic insufficiency, pelvic floor insufficiency*), а также дисфункция, или расстройства тазового дна (англ. *pelvic floor dysfunction, pelvic floor disorders*), — группа клинических состояний, включающая опущение либо выпадение тазовых органов, недержание мочи, анальную инконтиненцию, сексуальную дисфункцию и ряд хронических болевых синдромов, в т. ч. вульводинию. Использование термина «несостоятельность тазового дна» неверно, потому что его значение — «отсутствие основательности, убедительности; бездоказательность» либо «отсутствие возможности выполнять свои долговые обязательства, необеспеченность» (синонимы — банкротство, неплатежеспособность). В медицинских словарях он отсутствует и не является синонимом слова «недостаточность» (англ. *insufficiency*; от лат. *in* — не и *sufficere* — быть достаточным, удовлетворять) — недостаточное функционирование какого-л. органа или его части (син.: *неполноценность, дефицитность*). Напр.: недостаточность лютеиновой фазы; сердечно-сосудистая недостаточность».

## «Пролапс гениталий»

Это словосочетание используется очень часто, при этом подразумевается пролапс тазовых органов. В русском языке и в англоязычных странах термин «гениталий» чаще всего применяется в более узком значении — наружные половые органы (варианты толкования: половые органы, органы размножения). Поэтому правильнее использовать выражение «пролапс органов малого таза».



## «Вумбилдинг»

Тренировки мышц тазового дна (англ. *pelvic floor muscle training*) — программа упражнений для укрепления мускулатуры этой области (выносливости, силы сокращений, расслабления и их комбинации). Вумбилдинг — «тренировка влагалищных мышц с помощью комплекса специальных упражнений» — некорректный термин, используемый в интернете и разговорной речи, образованный от аббревиатуры ВУМ — влагалищные управляемые мышцы и слова «билдинг» (буквально — «построение», аналогично: бодибилдинг, или культуризм, — процесс наращивания и развития соматической мускулатуры). Однако во влагалище находится слой гладких мышц, которые не поддаются волевому сокращению. Подобным образом могут сокращаться только поперечнополосатые мышцы, расположенные в тазовом дне (*m. levator ani*) и преддверии влагалища. Таким образом, обе составляющие слова «вумбилдинг» неприемлемы для обозначения тренировок интимной мускулатуры. Правоммерно употреблять словосочетание «тренировки мышц тазового дна» (ТМТД), применяемое в научной литературе, как русско-, так и англоязычной (*Pelvic floor muscle training, PFMT*).

## «КонтрАверсии»

Контрверсия, или противоречие, — состояние длительного общественного спора или обсуждения, обычно касающегося противоречивых мнений или точек зрения. Слово возникло от лат. *controversia* и перекликается с греческим «полемика» (*πολεμική* — спор; *πολεμικός* — повернутый в обратную сторону, враждебный). В названии известного форума World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI) написание с буквой *o* между корнями вполне логично, так как и в русском языке существуют только 2 соединительные гласные в сложных словах: *o* и *e*. Это «концептуальный конгресс, посвященный главным образом спорным вопросам в сфере женского здоровья, в формате дебатов и дискуссий. Конгресс дает ведущим специалистам со всего мира возможность эффективно обсудить ключевые проблемы из повседневной врачебной практики».

## «Регрессирующая» или «замершая» беременность

Неразвивающаяся беременность, или несостоявшаяся выкидыш (в англоязычной литературе — *missed abortion*), — аномальное прекращение развития плода на ранних сроках. Диагноза «регрессирующая» или «замершая» беременность в МКБ-10 не существует. Регресс (лат. *regressus* — обратное движение) — тип развития, для которого характерен переход от высшего к низшему; противоположность прогрессу. «Замершая» — это немедицинский, разговорный термин, широко используемый в научно-популярных текстах.

## «Реабилитация эндометрия» (и т. п.)

Медицинская реабилитация (позднелат. *rehabilitatio* — восстановление) — это система лечебных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма человека (в результате травмы, операции или болезни), на восстановление или активацию его компенсаторных возможностей с целью обеспечения условий для возвращения лица к нормальной жизнедеятельности, а также на профилактику рецидивов заболевания. Слово «реабилитация» применяется по отношению к человеку (пациенту). Поэтому следует считать неправильным употребление словосочетаний «реабилитация эндометрия», «реабилитация репродуктивной функции», «гормональная реабилитация», «реабилитация тазового дна» и аналогичных им.

## «Паритет родов»

Паритет (от лат. *pario*) — наличие родов в анамнезе. Данный термин применяется для указания количества беременностей, завершившихся родами жизнеспособными младенцами. Иначе говоря, «паритет родов» — это тавтология (повторение того же самого другими словами, не уточняющее смысла).

## «Профилактика здоровья»

Профилактика (греч. *πρόφύλακτικός* — предохранительный) — в медицине комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, устранение факторов риска их развития. Вторичная профилактика заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования болезни; говорят также о третичной и четвертичной профилактике. Соответственно, правильным будет выражение «профилактика заболеваний».

# «Лактобактериоз Додерлейна», или цитолитический вагиноз, — *terra incognita*

Г.Б. Дикке

**Выделения из влагалища — одно из распространенных состояний, с которыми сталкиваются женщины. Наиболее частыми причинами их являются трихомониаз, бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит. У некоторых пациенток симптомы заболевания, схожего с последним, не поддаются лечению противогрибковыми препаратами. И в этом случае возникает подозрение на синдром избыточного роста лактобактерий — лактобактериоз Додерлейна. Так что же такое цитолитический вагиноз и какие загадки он в себе скрывает?**

## ЗАГАДКА № 1: палочки Додерлейна бывают разные

Немецкий акушер-гинеколог Альберт Додерлейн (Albert Döderlein, 1860–1941), изучая влагалищную флору, обнаружил в 1887 г. палочку, способствующую защите полового канала женщины от патогенных микробов. Этот микроорганизм оказался сбраживающим молоко до простокваши, то есть родственником мечниковской лактобактерии, *Lactobacillus bulgaricus* (открытой болгарским исследователем Стаменом Григоровым в 1905 г.), а главное — Додерлейн был первым, кто описал важность продуцирующей молочную кислоту и перекись водорода вагинальных бактерий, отвечающих за подавление

с *L. gasseri* предрасполагают к нестабильности микробиома и восприимчивости к БВ» (2016).

Но, пожалуй, самым загадочным микроорганизмом этой группы можно назвать *Leptothrix vaginalis*. Он идентифицирован с группой *Lactobacillus* (особенно *L. acidophilus*) по своим микроаэрофильным характеристикам и биохимическим свойствам и ассоциирован с другими инфекционными возбудителями, включая *Candida spp.* и *Gardnerella vaginalis*, а также трихомонадами<sup>1</sup>.

Drell T. et al. (2016) опубликовали результаты распределения 10 наиболее распространенных таксономических единиц микроорганизмов на 6 групп (0–V консорциумы), представленные на рис. 1. Консорциумы II и III выступа-

ют факторами стабильности, другие — наоборот, определяют нестабильное состояние микробиоты.

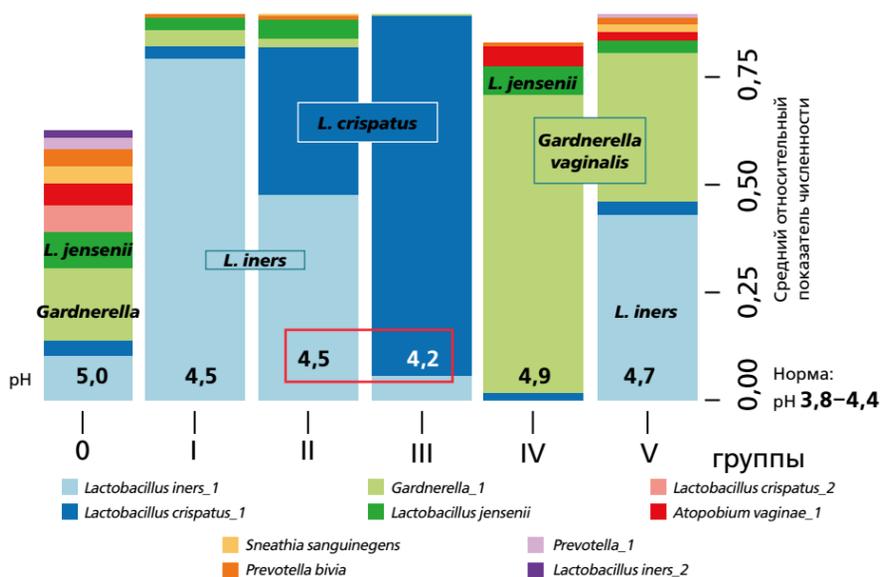
## ЗАГАДКА № 2: почему возникает избыточный рост лактобактерий?

Известно, что цитолитический вагиноз (ЦВ) — синдром избыточного роста лактобактерий, приводящий к лизису эпителиальных клеток влагалища. Однако причины данного состояния до настоящего времени остаются загадочными. Среди них называют бесконтрольное использование противогрибковых средств, что может способствовать трансформации нормальных лактобактерий. Такая картина чаще наблюдается у беременных, у женщин, принимаю-

щих комбинированные оральные контрацептивы, у пациенток с сахарным диабетом, а также при введении большого количества экзогенных лактоформ (второй этап лечения БВ!). Симптомы наиболее очевидны в поздней секреторной (прогестероновой) фазе менструального цикла и в большей степени проявляются перед менструацией. Эпидемиология ЦВ демонстрирует его связь с вульвовагинитами, особенно рецидивирующими (рис. 2).

## ЗАГАДКА № 3: диагноз не очевиден

Большое количество лактобактерий метаболизируют гликоген из клеток эпителия влагалища. Это приводит к цитолизу преимущественно проме-



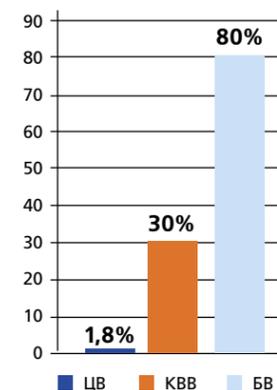
**Рисунок 1.** Распределение 10 наиболее распространенных таксономических единиц в определенных группах бактериального сообщества. Адаптировано из: Drell T. et al. PLoS One 2013;8:e54379



Mending W. J Lab Med. 2016;40(4):239-46  
Demirezen S. Cent Eur J Public Health. 2003;11:23-4  
Batashki I. et al. Akusherstvo i Ginekologija. 2009;48(5):15-16  
Puri S. Ann Trop Pathol. [serial online] 2020 [cited 2020 Sep 28];11:29-32  
Yang S. Gynecol Obstet Invest. 2017;82:137-43

**Рисунок 2.** Эпидемиология цитолитического вагиноза

## Распространенность инфекций, сопровождающихся патологическими выделениями из влагалища



ЦВ — цитолитический вагиноз  
КВВ — кандидозный вульвовагинит  
БВ — бактериальный вагиноз

других факультативных анаэробов и патогенов. Томас Стэнли (Thomas Stanley; 1928, США) предложил для этих форм наименование *Lactobacillus acidophilus*, но до сих пор врачи всего мира называют их палочками Додерлейна.

Сегодня описано около 200 видов молочнокислых палочек, однако особенно значимыми названы только 4; при этом доминирующими видами у здоровых женщин являются *L. crispatus* и *L. jensenii*, а при дисбиозах — *L. iners* и *L. gasseri*. У 65% страдающих бактериальным вагинозом (БВ) присутствуют лактобациллы одного вида — *L. iners*.

Вот что писал исследователь Werner Mending (Германия): «Стало ясно, что *L. iners*, принадлежащие к нормофлоре влагалища, действуют как «отравленное яблоко в корзине», потому что присутствие их тесно связано с переходом от нормальной микрофлоры к аномальной, и что *L. iners* наряду

## Критерии дифференциальной диагностики кандидозного вульвовагинита, бактериального вагиноза и цитолитического вагиноза

Диагностические критерии	Кандидозный вульвовагинит	Бактериальный вагиноз	Цитолитический вагиноз
Клинические симптомы	1) Зуд и боль в области вульвы 2) Диспареуния 3) Выделения: белые, густые	1) Рыбный запах, более заметный после полового акта и менструации 2) Выделения: жидкие, серовато-белые	1) Зуд вульвы 2) Дизурия 3) Диспареуния 4) Выделения: обильные, белые, густые, без запаха 5) Нарастание симптомов в лютеиновой фазе цикла
Осмотр	Эритема и отек влагалища	Отсутствие эритемы или отека влагалища	Эритема и отек влагалища
Вагинальный pH	<4,5	>4,5	<3,8–4,4
Результаты микроскопии	Грибы с гифами и/или псевдогифами	1) Положительный тест с запахом амина 2) Ключевые клетки	1) Промежуточные эпителиальные клетки 2) Обильное количество лактобактерий разной длины 3) Признаки цитолиза («голые» ядра) 4) Отсутствие трихомонад, гарднерелл или <i>Candida</i> 5) Нормальное количество лейкоцитов

1. См. в этом же номере: Г.Б. Дикке. Обнаружен лептотрикс. Нужно ли лечить пациентку? (с. 9)

Ventolini G. et al. J Clin Gynecol Obstet. 2014;3 (3):81-4  
Suresh A. et al. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2009;30(1):48-50



Рисунок 3. Характерные микроскопические признаки цитолитического вагиноза

жуточных, богатых гликогеном клеток с разрушением их цитоплазмы. Однако, по мнению Malia Voytik (США), «приводимые доказательства чрезмерного роста лактобактерий ненадежны и не могут использоваться для подтверждения диагноза ЦВ» (2020). Необходимо пользоваться критериями для дифференциальной диагностики данной патологии с кандидозным вульвовагинитом (КВВ) и БВ. Одним из опорных показателей служит определение pH влагалища: повышенное производство молочной кислоты и пероксида лактобактериями приводит к сдвигу значения в кислую сторону (менее 3,3–4,4). При микроскопии мазка обнаруживают разру-

шенные поверхностные («голые» ядра) и «рваные» промежуточные («побитые молью») клетки эпителия влагалища, обильное количество лактоформ разной длины и отсутствие лейкоцитов (рис. 3).

#### ЗАГАДКА № 4: чем лечить?

Kate Whimster (США) утверждает: «В настоящее время не существует традиционного лечения этого состояния» (2015). Эмпирически (как и ранее при КВВ) использовали спринцевания раствором бикарбоната натрия, или пищевой соды (1 ст. ложка соды на 200 мл кипяченой воды), 1–2 раза в сутки на протяжении 6–7 дней.

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ КВВ: ЗАЛАИН СВЕЧИ + ЗАЛАГЕЛЬ ИНТИМ

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СИМПТОМОВ ЗУДА И ЖЖЕНИЯ

- при вагинальных инфекциях, вызванных грибами и другими возбудителями
- при сухости слизистой оболочки, вызванной гормональными изменениями (менопауза, прием контрацептивов и др.)
- при раздражении на фоне недержания мочи

ПРОФИЛАКТИКА И СНИЖЕНИЕ РИСКА РЕЦИДИВОВ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

НОРМАЛИЗАЦИЯ pH ВЛАГАЛИЩА ПРИ ЦИТОЛИТИЧЕСКОМ ВАГИНОЗЕ

Рисунок 4. Показания к применению Залагель Интим

Однако сегодня есть более эффективное средство: гель для интимной гигиены со слабощелочным pH, равным 8–9, с маслом чайного дерева, обладающий противогрибковым и антибактериальным действием с противовоспалительным (топический) и противозудным эффектами — это Залагель Интим.

Действие геля обусловлено присутствием вещества терпинен-4-ол, а 1,8-цинеол придает средству дезодорирующие свойства (Carson C.F. et al., 2006).

Гигиеническое использование масла чайного дерева в качестве дополнения к антимикотикам и анти-

биотикам при КВВ и БВ было хорошо изучено ранее и продемонстрировало исчезновение зуда уже с первого дня лечения в 50,5% случаев (Basranyas M., 1995).

Применяют Залагель Интим следующим образом: небольшое количество геля наносят на область наружных половых органов, вспенивают и тщательно смывают водой в течение 5 дней — 2 раза, затем 1 раз в день. Возможно длительное использование с гигиенической целью.

Существуют и другие показания (рис. 4), позволяющие рекомендовать пациентам Залагель Интим.

Список литературы находится в редакции

# Залаин®

## ДЕРЖИТЕ МОЛОЧНИЦУ ПОД КОНТРОЛЕМ



# Залаин®

СПОСОБСТВУЕТ СНЯТИЮ ЗУДА И ЖЖЕНИЯ

**ВСЕГО 1 СВЕЧА НА КУРС  
ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ\***



\*ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЗАЛАИН® СВЕЧИ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ И ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



**Евгений Эдуардович ПЛОТКО**  
Д.м.н., главный врач  
медицинского центра «Гармония»,  
Екатеринбург

# Скрытая угроза: беременность в рубце на матке

**В последнее время отмечается значительное увеличение числа зарегистрированных случаев локализации плодного яйца в рубце на матке после кесарева сечения (КС). Хотя такая операция на сегодняшний день является достаточно безопасной, она представляет определенный риск не только при последующих гестации и родах, но и в случаях прерывания беременности, особенно сопряженных с предлежанием и вращением хориона в рубец.**

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Врастание хориона в рубец на матке в ранние сроки беременности диагностируется чрезвычайно редко и варьирует от 1/110 до 1/2500 беременностей.

Некоторые авторы отмечают постепенный рост числа аномалий прикрепления плаценты (АПП), что совпадает с увеличением частоты КС: в 1970-х гг. она составляла 1/70 000, а в 2005 г. — 1/533. В метаанализе за период 1972–2011 гг. описано 47 случаев диагностированных АПП в I и начале II триместра (Timor-Tritsch I.E., 2012).

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВРАСТАНИИ ХОРИОНА В РУБЕЦ НА МАТКЕ

Такое состояние, как *placenta accreta*, обычно не идентифицируется в I триместре беременности, и диагноз при этом ставится ретроспективно у пациенток с массивным кровотечением, которое возникает во время кюретажа матки вторично по отношению к вторжению ворсин хориона в миометрий.

Клиническая манифестация может также включать спонтанный разрыв матки с развитием клиники «острого живота» и гемоперитонеума. Самопроизвольный разрыв органа зарегистрирован в 15 из 47 случаев (32%), описанных в упомянутом метаанализе; большинство из них были бессимптомными, сопровождалось внутрибрюшным кровотечением и шоком (Timor-Tritsch I.E., 2012).

Опасная для жизни матери форма аномальной имплантации эмбриона в пределах фиброзной ткани рубца после КС может привести к эктопической беременности (с локализацией плодного яйца между маткой и ее серозной оболочкой). Верификация этой патологии при помощи УЗИ не представляет трудностей и может быть выполнена в гестационном сроке 5–12 нед с временным интервалом между последним КС и эктопической беременностью от 6 мес. до 12 лет. Осложнения, связанные с вращением хориона, включают также образование свища, инфекцию, перинатальную и материнскую смерть.

## ДИАГНОСТИКА ВРАСТАНИЯ ХОРИОНА В РУБЕЦ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Обзор данных литературы по вопросу ранней диагностики вращающегося хориона в рубец на матке, выполненный Timor-Tritsch I.E. с соавт. (2012), показал, что эта задача представляет значительные трудности. Другие авторы также отмечают, что приращение, врастание или прорастание плаценты в I триместре трудно поддаются идентификации. Описано лишь несколько случаев диагностики приращения плаценты в данном периоде гестации.

В русскоязычной литературе («Акушерство: национальное руководство», 2015 г., и др.) проблема диагностики аномалий прикрепления плаценты рассматривается только в контексте

высокого риска разрыва матки по рубцу и массивного кровотечения при доношенной беременности, а также выбора способа родоразрешения.

Большинство публикаций включает сообщения об аномалиях прикрепления плаценты в I триместре, диагностированных при морфологическом исследовании матки, удаленной по поводу массивного кровотечения на фоне ее кюретажа в ранние сроки беременности или в отсроченный период после аборта.

**Объективные признаки** вращающегося хориона в рубец отсутствуют.

**Факторы риска вращающегося хориона (наличие в анамнезе):**

- рубец на матке (кесарево сечение или миомэктомия);
- ручное удаление плаценты;
- многоплодная беременность;
- дилатация и кюретаж;
- эндометриоз;
- многократные роды;
- старший репродуктивный возраст матери;
- беременность, наступившая в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Фактический вклад указанных факторов в частоту вращающегося хориона/плаценты остается до конца не изучен-

ным. Комбинация 2–3 из них и более наблюдается в большинстве случаев *placenta percreta*.

Если имеет место предлежание плаценты к рубцу, то риск вращающегося хориона составляет 3% при последующем (первом) КС и увеличивается до 40% и более — при третьем (Usta I.M. et al., 2005).

**Ультразвуковое исследование.** Установление локализации плодного яйца в полости матки по данным УЗИ является неотъемлемой частью диагностики маточной беременности. Оно обычно не представляет сложностей и указывается в протоколе УЗИ.

**Ультразвуковые признаки вращающегося хориона в рубец на матке в I триместре:**

- отсутствие децидуальной оболочки в области локализации плаценты (рис. 1, А);
- низколежащий гестационный мешок (в зоне рубца);
- выбухание плаценты в сторону мочевого пузыря (рис. 1, Б);
- гипозоногенные включения (лакуны) в плацентарной области (рис. 1 В, Г);
- толщина миометрия в ретроплацентарной зоне менее 1 мм;
- усиленный маточно-плацентарный кровоток.

Чувствительность методики 41%, специфичность — 88%. Для сравнения: во II триместре эти показатели составляют 60 и 83,5% соответственно.

Гистопатологически врастание хориона (независимо от наличия рубца) характеризуется частичным или полным отсутствием децидуальной оболочки, в результате чего плацентарные ворсинки прикрепляются к миометрию либо вторгаются в него.

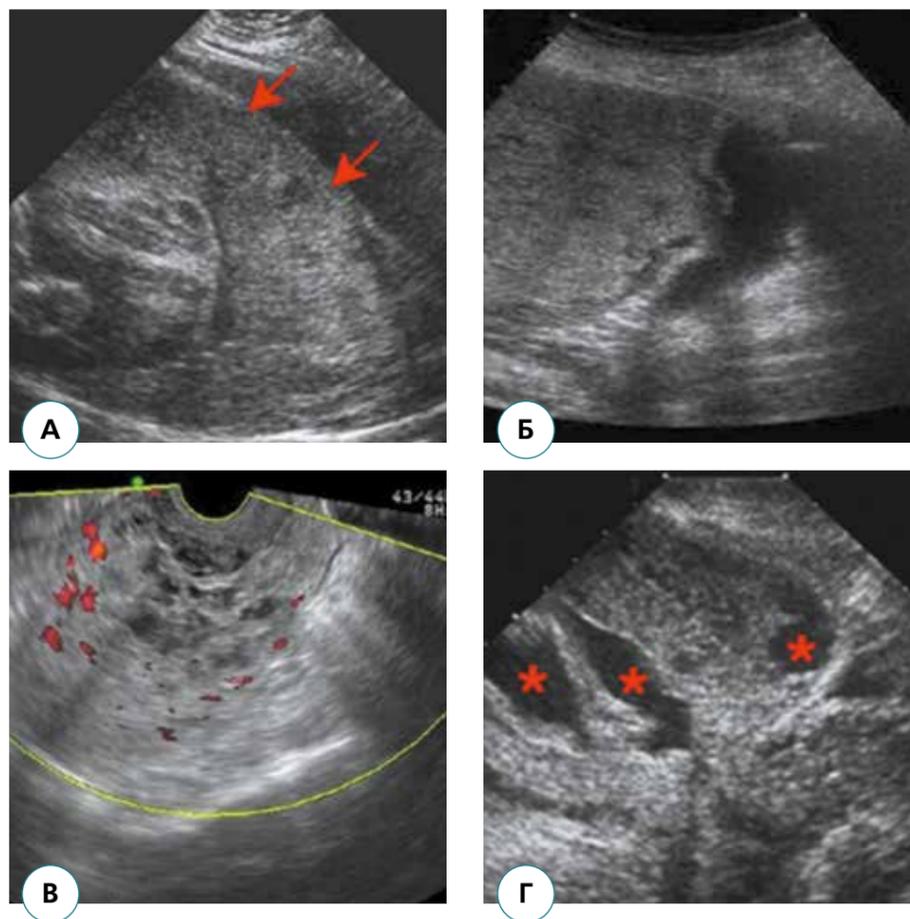
«Ключ» к обнаружению вращающегося хориона лежит в ретроплацентарном комплексе: отсутствие гипозоногенной полосы (норма 1–2 мм) — потеря нормального децидуального взаимодействия между хорионом и миометрием. Наличие плацентарных лакун, по мнению некоторых авторов, служит наиболее ценным признаком вращающегося хориона с чувствительностью 89%, специфичностью 81%, положительной прогностической ценностью 73% и отрицательной — 93%, а сочетание лакун и толщины миометрия менее 1 мм в зоне ретроплацентарного комплекса имеет показатели 100, 72, 72 и 100% соответственно. Большинство эхографических критериев этой патологии имеет реальное диагностическое значение лишь после 15 нед беременности (чувствительность 78–93%; после 28 нед — 100%).

Другие методы исследования проводятся в случае отсутствия четкой картины или сомнительных результатах УЗИ при подозрении на эктопическую беременность.

В клиническом наблюдении, описанном Chou Y.M. с соавт. (2013), у 35-летней женщины с постоянным влагалищным кровотечением и предшествующим КС в анамнезе была диагностирована беременность на 7-й неделе. Плодное яйцо размерами 2,5 × 1,5 см обнаружено в области рубца на матке от предыдущего КС. Пациентку первоначально лечили однократной инъекцией метотрексата, однако уровни хорионического гонадотропина (β-ХГЧ) оставались высокими и трансагинальное УЗИ показало признаки продолжающейся беременности. Далее была проведена гистероскопическая резектоскопия, при которой гестационная ткань была полностью удалена. Интра- или послеоперационных осложнений не произошло. Показатель β-ХГЧ в сыворотке крови вернулся к нормальному через 4 нед после операции. По мнению авторов, гистероскопическое удаление вросших остатков хориона может служить как начальным лечением, так и вторичным вариантом вмешательства после неудачной попытки терапии метотрексатом.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ХОРИОНА/ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Оптимальное лечение пациенток в I триместре с сонографическим диагно-



**Рисунок 1.** Ультразвуковое исследование при аномалиях приращения плаценты: А — отсутствие децидуальной оболочки в зоне локализации плаценты (стрелки); Б — выбухание плаценты в направлении мочевого пузыря; В, Г — гипозоногенные включения (звездочки) в плацентарной области (лакуны; сложная кистозная «масса» в стенке матки) (по данным зарубежных публикаций открытого доступа)

зом предположительного врастания хориона в рубец на матке остается окончательно не определенным. Предлагаемые варианты включают один основной вид лечения или его комбинацию с другими способами, такими как кюретаж, системное или местное введение метотрексата, гистероскопия, лапаротомия и эмболизация маточной артерии.

В упомянутом выше обзоре Timor-Tritsch I.E. с соавт. (2012) была проанализирована структура вмешательств среди 44 пациенток с этим диагнозом: у 5 (11%) выполнена эмболизация маточных артерий; у 38 (79%) — лапаротомия, из них у 35 (74%) — гистерэктомия; в 1 случае выявлена артериовенозная мальформация, после дилатации и кюретажа проведена эмболизация маточной артерии с последующей гистерэктомией.

Спорадические, преимущественно индивидуальные наблюдения и их результаты не являются достаточными для того, чтобы сделать четкий вывод о том, какое из выполненных вмешательств является наиболее эффективным. Равным образом почти невозможно оценить, какой вид лечения имеет наибольшее количество осложнений, с тем чтобы его избежать. Гинекологи, как правило, осуществляют кюретаж, лапароскопию и гистероскопию, находя их предпочтительными в качестве «первой линии» терапевтического подхода.

Тем не менее на основании метаанализа были сформулированы следующие рекомендации:

- если возможно, следует избегать дилатации и кюретажа, так как это может привести к обильному кровотечению, повторному кюретажу (с гемостатической целью) с отсутствием эффекта, общей анестезии, переливанию компонентов крови и во многих случаях — лапаротомии и потере матки;

Опасная для жизни матери форма аномальной имплантации эмбриона в пределах фиброзной ткани рубца после кесарева сечения может привести к эктопической беременности. Осложнения, связанные с врастанием хориона, включают также образование свища, инфекцию, перинатальную и материнскую смерть.

- системного введения метотрексата как единственного метода необходимо избегать. Аргумент: длительное ожидание до получения эффекта либо его отсутствие ведет к дополнительному росту эмбриона и васкуляризации гестационного мешка, и поэтому последующая «вторая линия» терапии может сопровождаться большим количеством осложнений;

- эмболизацию маточной артерии как первичное лечение следует использовать с большой осторожностью или не применять вообще. Ожидание гемостаза или уменьшения объема кровопотери способно задержать более эффективное первичное вмешательство, которое могло бы помочь быстрее и позволило бы избежать гистерэктомии;

- хирургическое иссечение зоны поражения гистероскопическим доступом, а также трансвагинальное/трансабдоминальное местное введение метотрексата с дополнительной внутримышечной дозой этого же лекарственного средства или без нее представляются наиболее оптимальными с точки зрения минимизации частоты осложнений.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Ч., 32 лет (1988 года рождения), обратилась в стационар для прерывания нежелательной беременности. Репродуктивный анамнез: в 2011 г. срочные оперативные роды, КС в нижнем сегменте в связи с миопией высокой степени, в 2016 г. — искусственный аборт по желанию женщины методом вакуум-аспирации, без осложнений. Настоящая беременность 3-я, была впервые диагностирована клинически и подтверждена при УЗИ в сроке 6 нед. По результатам сонографического исследования установлено, что плодное яйцо располагается в зоне рубца (что было подтверждено в сроке 9 нед перед прерыванием гестации), признаки инвазии хориона в стенку матки в зоне рубца не определялись. Способом искусственного прерывания беременности (ИПБ) была выбрана вакуум-аспирация.

В сроке 9–10 нед после подготовки шейки матки мизопростолом 200 мкг под язык, без расширения цервикального канала произведена вакуум-аспирация плодного яйца, по завершении которой началось маточное кровотечение. Применение утеротоников и транексама эффекта не дало. По данным УЗИ в области рубца имелась гематома, наружный контур матки в его проекции четко не определялся, что не исключало перфорацию матки в этой зоне. Кровопотеря на указанный момент составила 200 мл.

На фоне продолжающегося кровотечения и неэффективности консервативной терапии осуществлена диагностическая лапароскопия, которая позволила исключить перфорацию. Для определения источника кровотечения выполнена гистероскопия. Установлено, что в зоне рубца имеется ниша глубиной от 5 до 7 мм с мелкими фрагментами продуктов зачатия и кровоточащими сосудами, прикрытыми гематомой. С помощью резектоскопа и роликового электрода из указанной области удалены фрагменты хориона, гематома; произведена коагуляция сосудов в рубцовой зоне, кровотечение остановлено. Общая кровопотеря — 450 мл.

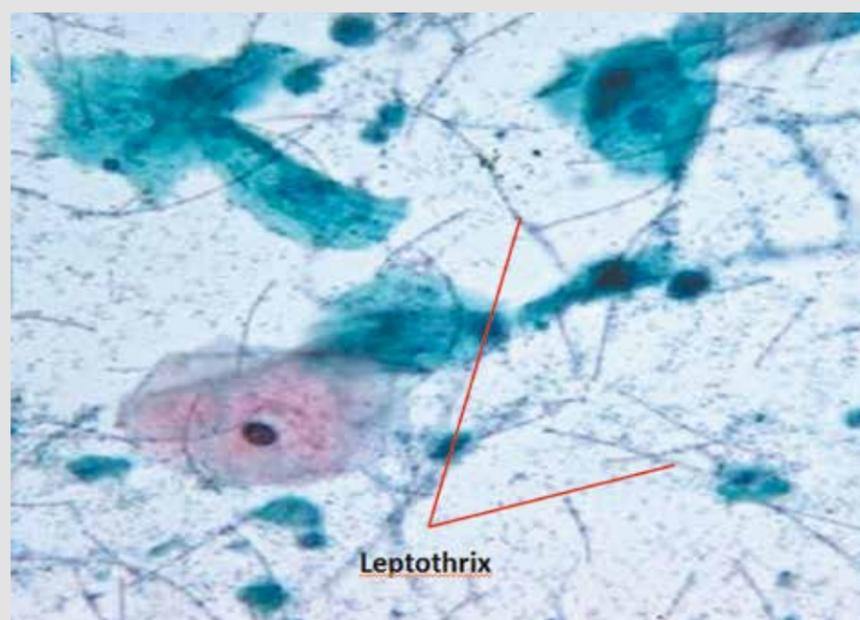
Послеоперационный период протекал без осложнений; у женщины наблюдались умеренные, а затем незначительные темно-красные выделения. Выписана на 3-и сутки после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендацией контроля ХГЧ в динамике. На 7-е сутки после ИПБ уровень данного гормона составил 949 МЕ/л, на 14-е — 220 МЕ/л. Пациентка находится под амбулаторным наблюдением.

Катамнез: спустя 4 недели после операции — ХГЧ 4 МЕ/л, через 32 дня началась менструация. Рекомендовано начать прием КОК.

# Обнаружен лептотрикс. Нужно ли лечить пациентку?

Г.Б. Дикке

**В последнее время практикующие врачи все чаще задают вопросы о лептотриксе. Если он обнаружен при микроскопии влагалищного мазка, то какой должна быть тактика и чем лечить такую пациентку?**



**Рисунок.** Обильные длинные сегментированные цепи лактобацилл *Leptothrix* длиной от 40 до 75 мкм (×600)

## КРАТКАЯ ИСТОРИЯ

Описание лептотрикса, обнаруженного у пациентов с трихомонадой, относится к 1843 г.; оно было сделано Листоном (Liston) и учтено в роде *Leptothrix Kutzling*. Название *Leptothrix vaginalis* микроорганизм получил в 1885 г., будучи выделен из влагалищного секрета женщин и самок животных в виде длинных тонких нитей, несегментированных или имеющих длинные сегменты.

В 1952 г. Л. Фео и Б. Деллетт (L. Feo, B. Dелlette) наблюдали у 15,2% обследованных ими беременных женщин нитчатый штамм палочки Додерлейна. Авторы описали морфологию этой формы как сходную с последней, обозначенной как *Leptot(h)richia (Leptothrix)* (греч. *λεπτός* — мелкий, тонкий; *τρίχος* — волос). Бактерия была отнесена к группе *Lactobacillus acidophilus*.

## LEPTOTHRIX VAGINALIS (ЛЕПТОТРИКС) — КТО ЭТО?

По своим микроаэрофильным характеристикам и биохимическим свойствам *Leptothrix* идентифицирован с группой *Lactobacillus*, особенно *L. acidophilus*. Средняя длина этих лактобактерий 60 мкм (10 мкм — в группе сравнения). Они представляют собой длинные сегментированные цепи и могут закручиваться в спирали. При микроскопии в поле зрения на большом увеличении (×400–600) может визуализироваться более 50 лактобацилл *Leptothrix vaginalis* (рис.).

## КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ?

Из 200 обследованных пациенток этот штамм «нитевидных волокон» обнаруживается только у 1 женщины.

## LEPTOTHRIX VAGINALIS

### ВСТРЕЧАЕТСЯ В АССОЦИАЦИЯХ С ПАТОГЕНАМИ

В 75–80% случаев *Leptothrix* связаны с *Trichomonas vaginalis* (вместе их еще называют «спагетти и фрикадельки»). Другие ассоциированные инфекционные организмы включают *Candida spp.* и *Gardnerella vaginalis*.

Имеются исследования, указывающие на наличие лептотрикса, связанного с лактобациллезом (цитолитическим вагинозом).

## ЛЕЧЕНИЕ

Если лептотрикс существует в изолированном виде (не связан с патогеном), то лечение не требуется. При наличии инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) или процессов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, проводится этиотропная терапия основного заболевания.

# Вагинит и разнообразие вагинальной микробиоты

Г.Б. Дикке

**В традиционном понимании острый вагинит — это бурно протекающий воспалительный процесс инфекционного или неинфекционного характера, затрагивающий слизистую оболочку влагалища, признаками которого служат гиперемия, зуд и жжение в вагинальной области, обильные нетипичные выделения, диспареуния, рези при мочеиспускании. Урогенитальные инфекции и дисбактериоз ежегодно поражают более 1 млрд женщин во всем мире, что ставит под угрозу их репродуктивное здоровье и качество жизни. Глубокие знания об экосистеме влагалища на фоне инфицирования могут способствовать лучшему пониманию патогенеза этих заболеваний и разработке новых стратегий борьбы с ними.**

## «ТРАДИЦИОННЫЙ» ВАГИНИТ В НОВОМ «ОБРАЗЕ»

Сегодня зарубежные исследователи объединяют под термином «вагинит» 4 нозологии (их еще называют заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из влагалища): трихомониаз (Тр), кандидозный вульвовагинит (КВВ), аэробный вагинит (АВ) и бактериальный вагиноз (БВ). Последний также отнесен к воспалительным процессам ввиду обнаружения высокой концентрации и активности провоспалительных цитокинов, а отсутствие клинических признаков воспаления связано с активностью сиалидаз, которые препятствуют миграции лейкоцитов к очагу воспаления.

Однако такое деление инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, оказалось довольно условным; при каждой из них встречается все обилие микробиоты с преобладанием того или иного вида и, соответственно,

доминирующими клиническими проявлениями. Показано, что сочетание перечисленных форм встречается не менее чем в 60% наблюдений, а в присутствии Тр — в 92%. Исследование Сессарани С. с соавт. (2019) продемонстрировало, что большинство здоровых женщин (76%) показали оценку по критериям Ньюджента (Nugent) 0–3 балла, в то время как 60% участниц с БВ получили оценку >7, а большая часть пациенток с КВВ (61%) имели промежуточное состояние в 4–6 баллов<sup>1</sup>.

Благодаря современным методам исследования те же авторы с помощью секвенирования нового поколения гена 16S рРНК выделили 3 группы микробиоты — в первой преобладали *Lactobacillus* (главный «игрок» в микробиоме влагалища здоровых женщин); другая включала несколько кишечного-специфических

1. Ceccarani C., Foschi C., Parolin C. et al. Diversity of vaginal microbiome and metabolome during genital infections. *Sci Rep.* 2019;9(14095). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-50410-x>

комменсальных родов (в том числе *Enterobacter faecalis*), составляя 14% от общей относительной численности бактериального массива, и последнюю группу составляли условно-патогенные виды, преимущественно анаэробы (*Gardnerella*, *Atopobium*, *Roseburia*, *Megasphaera*), доля которых в среднем была равной лишь 19%. То есть любой вагинит по своей сути является инфекцией сочетанной, и это во многом объясняет частоту неудач и высокий процент рецидивов при выборе «узконаправленной» терапии в отношении предполагаемого возбудителя для той или иной нозологии. Взаимодействие условно-патогенной микрофлоры с грибами создает условия для формирования биопленок, что еще больше усугубляет ситуацию в связи с формированием резистентных штаммов.

Все это позволяет считать сочетанные вагиниты важнейшей медицинской проблемой, с которой сталкиваются акушеры-гинекологи и большинство их пациенток. Высокая частота этих заболеваний, сложности диагностики и отсутствие патогномичных клинических проявлений — характерные черты рассматриваемой патологии.

## ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЭРАДИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ИНФЕКЦИЯХ

В настоящее время преимущество при выборе метода лечения сочетанных вагинитов отдается комбинированным препаратам для интравагинального применения с широким спектром действия. Это обусловлено как комплексным воздействием входящих в их состав лекарственных веществ на разные звенья этиологии и патогенеза патологического процесса, высокой комплаентностью на фоне приема (назначение одного средства), так и меньшим числом нежелательных лекарственных реакций по сравнению с системной терапией.

В этой связи необходимо изучение терапевтических возможностей новых комбинированных топических лекарственных форм отечественного производства, которые по эффективности, безопасности, удобству применения и фармакоэкономическим показателям не уступали бы зарубежным аналогам или превосходили бы их.

## ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБОР КОМПОНЕНТОВ?

Современный отечественный комплексный препарат для лечения вагинитов

получил название ТАРЖИФОРТ®, и теперь с 2020 г. он в арсенале российского практического врача (зарегистрирован ОАО Авексима, Россия). В состав его входят: метронидазол 500 мг, хлорамфеникол 200 мг, натамицин 150 мг и гидрокортизона ацетат 15 мг.

**Метронидазол** — антибактериальное и антипротозойное средство, активное в отношении широкого спектра анаэробных бактерий. Рекомендуются в качестве 1-й линии терапии при БВ (Клинические рекомендации IUSTI, ВОЗ; 2018). Вещество приводит к гибели клеточных структур не только *G. vaginalis*, но и *A. vaginae*, а также вызывает появление «отверстий» в биопленке, разрушая ее целостность и позволяя другим антибактериальным средствам попадать внутрь образованных ей «инкубаторных» структур. Эффективность метронидазола была доказана в рандомизированных клинических исследованиях и достигает 90%. Резистентность основных возбудителей БВ к нему отсутствует (1%). При этом метронидазол неактивен относительно лактобактерий — основного компонента нормофлоры влагалища женщин репродуктивного возраста. Не противопоказан при беременности (в РФ — начиная со II триместра).

**Хлорамфеникол** — антибиотик широкого спектра действия, подавляющий рост абсолютного большинства бактерий, которые имеют этиологическое значение при вагинитах. Обладает активностью как в отношении грамположительных (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.), так и грамотрицательных микроорганизмов (*E. coli*, *H. influenzae*, *N. gonorrhoeae*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp. и множества других патогенов). Высокая эффективность хлорамфеникола против полирезистентной грамотрицательной микрофлоры подтверждается результатами работы Sood S. et al. (2016). Системное проникновение минимально при местном использовании хлорамфеникола, накопление при длительном локальном применении отсутствует.

**Натамицин** — полиеновый антимикотик. Связывается с эргостеролом в плазматической мембране грибковой клетки, предотвращая эргостеролзависимое слияние вакуолей, а также слияние и деление мембран. Нарушает

## ТАРЖИФОРТ®

ШИРОКИЙ СПЕКТР ЛЕЧЕНИЯ В ОДНО НАЗНАЧЕНИЕ

ОРИГИНАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВАГИНИТОВ<sup>1</sup>

### ④ вещества



### ⑦ действий

- ЭТИО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ
  - 1 АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ
  - 2 ПРОТИВОПРОТОЗОЙНОЕ
  - 3 ПРОТИВОГРИБКОВОЕ
- ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ)
  - 4 ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ
  - 5 АНТИЭКСУДАТИВНОЕ
  - 6 ПРОТИВООТЕЧНОЕ
  - 7 ПРОТИВОВУЗДУШНОЕ



Препарат для эмпирической терапии вагинитов, вызванных различной и/или смешанной флорой.

Препарат с более быстрым эффектом нивелирования клинических симптомов — боль и жжение — относительно препарата сравнения (на 1 сутки быстрее)<sup>2</sup>.

Оптимальная основа для суппозитория — СУППОЦИР АМ — способствует равномерному распределению действующих веществ по поверхности слизистой оболочки, повышает комфорт для пациенток<sup>3</sup>.

1. Инструкция по медицинскому применению, (ТАРЖИФОРТ, суппозитории вагинальные, ЛП-006231 от 02.06.2020); 2. Аполихина И.А., Саидова А.С., Куликова И.А. и соавт. Применение нового комбинированного препарата для местного применения (метронидазол + хлорамфеникол + натамицин + гидрокортизона ацетат) для лечения вагинитов различной этиологии. *Акушерство и гинекология*, 2020, 7, 143. 3. Боровиков И.О., Кудченко И.И., Рубина Э.Р. и соавт. Прекоцепционная подготовка пациенток со смешанным вагинальным дисбиозом. *РМЖ. Мать и дитя.*, 2019, 2, 113.

транспорт аминокислот и глюкозы через плазматическую мембрану посредством эргостерол-зависимого ингибирования транспортных белков. Оказывает дозозависимое фунгицидное действие. Клиническая эффективность его составляет 98%, будучи статистически значимо выше по сравнению с азолами. Эффективен в отношении не только *C. albicans*, но и *C. non-albicans*. Резистентность грибов к натамицину не описана. Разрешен к применению во всех сроках беременности, а также в период лактации.

**Гидрокортизон** — глюкокортикостероидное средство (ГКС) с выраженным противовоспалительным действием. Добавление представителей этого ряда в лекарственные комбинации приводит к быстрому и выраженному симптоматическому эффекту: редукции болевого синдрома, зуда, жжения и т. п. По данным обзора Хамагановой И.В. (2011) гидрокортизон выступает в качестве препарата выбора при наличии интенсивного зуда на фоне неспецифических вульвовагинитов. Применение его при вагинальном введении дает лучший профиль безопасности (в крови обнаруживается не более 1% от введенной дозы) в сравнении с прочими ГКС, обладающими более выраженной системной биодоступностью и фармактивностью. Риск побочных эффектов вещества не превышает минимальных показателей для всех проанализированных топических ГКС.

**Суппоцир АМ** — основа для свечей. Обеспечивает максимальный комплаенс, улучшает качество жизни пациентки

## Результаты изучения эффективности и безопасности препарата ТАРЖИФОРТ®

В открытом сравнительном рандомизированном многоцентровом клиническом исследовании «ОРИГИНАЛ» («Применение нового комбинированного топического препарата (метронидазол + хлорамфеникол + натамицин + гидрокортизона ацетат) для лечения вагинитов различной этиологии») изучены эффективность и безопасность препарата ТАРЖИФОРТ® (Аполихина И.А. и соавт., 2020). Обследованы 360 женщин в возрасте от 18 до 45 лет с острым вагинитом. Первая группа пациенток ( $n = 180$ ) получала ТАРЖИФОРТ® в виде влагалищных суппозиториях на протяжении 10 дней, вторая ( $n = 180$ ) — ТЕРЖИНАН® вагинальные таблетки (тернидазол 200 мг, неомицина сульфат 100 мг, нистатин 100 тыс. МЕ, преднизолон 3 мг; Лаборатории Бушара-Рекордати, Франция) в течение этого же срока.

Частота полного выздоровления в исследуемых группах через 14 дней после завершения лечения на визите последующего наблюдения составила 70 и 65,9% соответственно,  $p = 0,237$ . Число участниц с отсутствием симптомов после лечения было одинаковым — боль отсутствовала у 98,3%, жжение — у 97,8% и зуд — у 98,9 и 95,9% соответственно,  $p = 0,106$ . Относительно препарата сравнения при использовании ТАРЖИФОРТ® статистически значимо быстрее происходила редукция симптомов (рис.).

По частоте возникновения нежелательных явлений статистически значимых различий между группами не выявлено. ТАРЖИФОРТ® отличается высокой комплаентностью в процессе применения, что свидетельствует об удобстве его назначения и хорошей переносимости. С медико-социальной точки зрения представляются важными фармакоэкономические характеристики исследуемого препарата и его доступность для пациенток.

**Вывод.** Полученные данные позволяют рекомендовать препарат российского производства ТАРЖИФОРТ® в качестве эффективного и безопасного средства для терапии вагинитов различной этиологии.

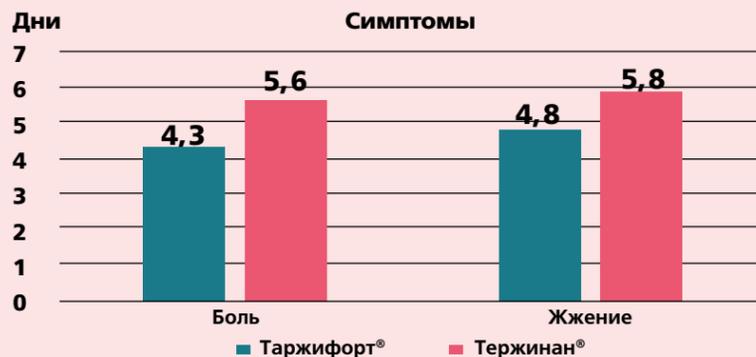


Рисунок. Динамика исчезновения симптомов острого вагинита на фоне приема ТАРЖИФОРТ® и ТЕРЖИНАН®

во время лечения (отсутствует вытекание), повышает терапевтическую эффективность за счет увеличения времени воздействия лекарственного средства.

Исследование по изучению эффективности и безопасности препарата ТАРЖИФОРТ® в сравнении с извест-

ным антимикробным средством зарубежного производства проведено сотрудниками ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова МЗ РФ». Результаты исследования, опубликованные в журнале «Акушерство и

гинекология» в 2020 г, представлены на рисунке. Согласно результатам исследования, сравниваемые препараты продемонстрировали сопоставимую эффективность при лучших показателях динамики клинических проявлений острого вагинита на фоне применения препарата ТАРЖИФОРТ®.

## Новости

### Сексуальное образование детей

В очередной раз разгорелись жаркие споры относительно введения сексуального просвещения в школах. Сторонники этого ссылаются на соцопрос, проведенный сервисом «Доктор рядом». Из принявших в нем участие свыше 4 тыс. человек большую часть составляют родители. Согласно полученным результатам, за повышение сексуальной грамотности в рамках школы выступают большинство россиян — около 75%.

Проанализировав результаты опроса, исследователи поделились следующими данными: 42% респондентов полностью поддержали уроки сексуального просвещения, на которых ученикам могут давать сведения об анатомии, физиологии, заболеваниях, передаваемых половым путем, а также о методах контрацепции; 33% — скорее поддержали подобные занятия; 12% высказались скорее против и только 7% сказали категорическое «нет» — согласно мнению последних, заниматься просвещением в этой сфере должна семья, а не школа.

Свыше половины опрошенных уверены, что о контрацепции должны рассказывать врачи; примерно треть полагают, что такую информацию до детей должен доносить школьный психолог. Часть респондентов считают необходимым поручить этот предмет учителям или родителям, а некоторые и вовсе предложили преподавать его представителям церкви.

Депутат Госдумы Виталий Милонов назвал подобные предложения «попыткой манипулятивного воздействия на людей». Он заявил, что исследование не заслуживает доверия, поскольку вопросы в нем могут быть сформулированы совершенно различным образом и, соответственно, полученные ответы будут во многом зависеть именно от этого. Парламентарий также напомнил, что воспитание подрастающего поколения сегодня практически полностью ложится на плечи семьи, но никак не школы, выполняющей в последнее время исключительно образовательные функции.

Источник: <https://riafan.ru/1309300-milonov-ne-poveril-v-zhelanie-rossiyan-vesti-seksprosvet-v-shkolakh>



### Домашние роды: действительно ли это безопасно?

Метаанализ канадских ученых из научно-исследовательского Университета Макмастера, включивший результаты 21 исследования, проведенного за последние 30 лет в США, Канаде, Австралии, Японии, Великобритании, Новой Зеландии, Швеции и Нидерландах, показал, что роды на дому при соблюдении определенных условий не уступают по безопасности проходящим в стационаре. Сравнялись 500 тыс. запланированных домашних родов с аналогичным числом традиционных.

Исследователи утверждают, что частота случаев кесарева сечения при домашних родах составила 5,2% — меньше среднего показателя по США (31%). Роды на дому сопровождались минимумом таких вмешательств, как эпидуральная анестезия, эпизиотомия и применение питоцина для стимуляции родовой деятельности. По мнению ученых, эти манипуляции часто необходимы для спасения жизни матери или ребенка, но некоторые клиники злоупотребляют ими без веских причин.

Пандемия COVID-19 повлияла на решение многих беременных предпочесть больнице домашний вариант. Это связано с тем, что в сложившихся условиях многие медицинские учреждения минимизируют объем родовспоможения, выбирая кесарево сечение либо индукцию родов, а также отделяют детей от матерей с подозрением на наличие коронавируса.

Эксперты полагают, что домашние роды могут быть показаны здоровым женщинам, которые беременны 1 ребенком в головном предлежании при сроке более 37, но менее 41 нед. Однако при соматической отягощенности (например, сахарным диабетом) или многоплодной беременности рекомендуется рожать в стационаре ввиду возможности жизнеугрожающих осложнений.

Источник: <http://islaminfo.ru/lekari/bezopasnost-domashnih-rodov-issledovanie.html>

### Синдром поликистозных яичников увеличивает риски гестационных осложнений

Сотрудники Университета Макгилла (Монреаль, Канада) изучили влияние синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) на возникновение риска осложнений во время беременности, в частности таких, как гестационный диабет и гипертонические состояния.

Синдром поликистозных яичников — наиболее распространенное эндокринное расстройство репродуктивного возраста, встречающееся примерно у 15% женской популяции. Заболевание характеризуется овуляторными нарушениями, избытком андрогенов и характерными морфологическими изменениями. Хорошо известно о связи СПКЯ с неблагоприятными расстройствами перинатального периода, в том числе инсулинорезистентностью. Однако до сих пор не было полного понимания того, в какой степени этот синдром ассоциирован с неонатальными осложнениями.

Доцент кафедры акушерства и гинекологии Университета Макгилла д-р Майкл Дахан (Michael Dahan) отметил, что именно СПКЯ служит фактором риска заболеваемости на протяжении гестации, и теперь можно точно определить относительные риски для женщины. В ходе исследования была проанализирована информация более чем о 9 млн случаев беременности и родов. По его итогам можно утверждать о наличии отчетливой взаимосвязи рассматриваемого синдрома и частоты развития у беременных гипертензии, а также заболеваний щитовидной железы, ожирения, прегестационного и гестационного диабета.

Результаты этой работы не являются окончательными. Как считают ученые, в будущем следует сосредоточить внимание на конкретных группах, в первую очередь на акцепторах репродуктивных технологий и имеющих в анамнезе беременности с особыми характеристиками.

Источник: <https://yandex.ru/turbo/medikforum.ru/s/health/106316-spkyu-velichivaet-risk-gestacionnogo-diabeta-i-gipertonii.html>

# Как вернуть желание?

«В СССР секса нет...» Эта фраза, прозвучавшая в эфире телемоста Ленинград–Бостон в 1986 г., стала крылатым выражением на долгие годы. Но лишь выражением, показателем табуированности, а не отображением реальности. В современной России тема сексуальности транслируется достаточно широко, однако каковы результаты этого? Ведущий эксперт в области эндокринной гинекологии проф. Е.Н. Андреева приводит данные опроса, проведенного в РФ в 2017 г.: секс оказался важной частью жизни лишь для 41% респонденток. Схожая ситуация и на Западе. На заседании Североамериканского общества менопаузы в 2020 г. были представлены результаты исследования ученых Питтсбургского университета, показавших, что только 27% участниц старше 40 лет по-прежнему высоко оценивали значимость секса в своей жизни.

И все же почему при достаточно большом интересе к интимной стороне жизни проблема сохранения и поддержания сексуальной функции остается во всем мире чрезвычайно актуальной? А самое главное, как помочь таким пациенткам? Эксперты Международного сообщества по изучению сексуального здоровья женщин (International Society for the Study of Women's Sexual Health) опубликовали в 2018 г. консенсусное заявление по вопросам эффективной терапии расстройств сексуального желания и удовлетворения. Предлагаем вашему вниманию основные положения этого документа.

## ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТКИ

В соответствии с действующими номенклатурными документами о гипосексуальном расстройстве (ГР) можно говорить, когда пациентка предъявляет жалобы на любые из нижеперечисленных нарушений, продолжающихся на протяжении 6 мес. и более:

- отсутствие мотивации к сексуальной активности, в частности уменьшение или отсутствие спонтанного желания близости, снижение ответной реакции на внешние эротические сигналы;
- утрата инициативы в сексе, избегание любых ситуаций, потенциально влекущих за собой близость;
- развитие психологического дискомфорта, чувства вины, беспокойства на фоне отсутствия интимной близости.

Практикующему врачу следует помнить, что ГР связано с негативными эмоциональными и психологическими состояниями, а также может сопровождаться депрессией. Женщины нередко отмечают ухудшение качества жизни, снижение самооценки, утрату атмосферы доверия с партнером и в семье в целом.

## ДИСГАРМОНИЯ ГОРМОНОВ

Сексуальное желание регулируется ключевыми областями мозга при посредничестве нейромедиаторов. Дофамин, меланокортины, окситоцин, вазопрессин и норадреналин опосредуют половое возбуждение, тогда как опиоидные, серотониновые, эндоканнабиноидные и пролактиновые системы ассоциированы с торможением этой функции.

На сегодняшний день исследователи не пришли к единому мнению относительно теории возникновения сексуальных расстройств, однако роль гормональных нарушений, соматических заболеваний (например, сахарного диабета, ожирения и др.), приема лекарств (антидепрессанты, антигистаминные средства), алкоголя, психологических травм, конфликтов и стресса поддерживается всеми учеными и врачами-практиками.

## СКРИНИНГ: ПЕРВЫЙ ЭТАП

Оптимальной стратегией диагностики сексуальных расстройств эксперты называют опрос. При этом начинать беседу с пациенткой рекомендовано непосредственно во время визита, задавая вопросы в максимально естественной форме. Например: «Вы считаете себя сексуально активной?» А далее, независимо от полученного ответа, уместно уточнить: «Есть ли сексуальные проблемы, которые Вы хотите обсудить?» Для формирования более доверительных отношений можно пояснить, что проблемы сексуальности — довольно распространенное явление, в том числе и у женщин, страдающих диабетом, или среди пациенток старшего возраста. Постепенно, шаг за шагом, опрос способен не только вывести врача на верификацию диагноза, но и подвести к причинам возникновения ГР.

Можно предложить пациентке простой опросник (табл.), ответы на который могут нацелить клинициста на диагностику генерализованного приобретенного ГР.

Если женщина отвечает «нет» по крайней мере на 1 из первых 4 вопросов, она не соответствует критериям приобретенного генерализованного ГР и скорее можно говорить о ситуационном или пожизненном низком сексуальном влечении/интересе. В случае утвердительных ответов на вопросы 1–4 и отрицательных — на все пункты вопроса 5 следует иметь в виду возможность рассматриваемого расстройства. Присутствие же какого-либо из факторов группы а)–ж), указанных в вопросе 5, диктует необходимость дифференциальной диагностики с биологическими причинами сниженного либидо.

В качестве дополнения к опроснику для верификации диагноза может быть использован сбор анамнеза, касающегося прошлых и нынешних отношений пациентки с партнером/партнерами, а также ее сексуального опыта.

## ОСМОТР И ОБСЛЕДОВАНИЕ: ВТОРОЙ ЭТАП

Общий физикальный осмотр пациенток с ГР имеет низкую диагностическую эффективность и по большей части

не выявляет конкретную причину нарушения сексуальности. Однако целенаправленное обследование, включающее изучение состояния органов малого таза с оценкой тканей вульвы и влагалища, может быть информативным с точки зрения установления врожденных и гормональных нарушений и к тому же имеет некоторое психологическое значение, позволяя убедить женщину в «нормальности» ее гинекологической анатомии.

Ввиду того что в настоящее время не существует биомаркеров, способных подтвердить либо исключить гипосексуальное расстройство, лабораторные исследования (например, измерение уровня тестостерона) не имеют диагностической ценности. Это же положение касается и других гормональных индикаторов, хотя такого рода обследование может быть назначено по показаниям — в ситуациях, когда ГР сочетается с олиго-, аменореей или галактореей: необходимо определение содержания пролактина, эстрадиола, прогестерона, тиреоидных, лютеинизирующего и антимюллерова гормонов. Кроме того, следует оценить менопаузальный статус в соответствии с классификационной системой STRAW + 10 (Stages of Reproductive Aging Workshop) Международной рабочей группы по изучению этапов старения репродуктивной системы женщины.

## ВНИМАНИЕ К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ

Установление вероятности ГР должно включать скрининг на наличие других проблем, связанных с сексуальным возбуждением, оргазмом и болью. Важно выяснить не только время возникновения симптомов, но и условия их появления (например, предполагаемое расстройство возникает только с определенным партнером или со всеми, при каких-либо конкретных ситуациях или всегда). Также необходимо уточнение возможной связи ГР и межличностных отношений с партнером/партнерами. Среди модифицируемых факторов эксперты указывают на присутствие у пациентки соматических заболеваний: патологии сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, онкологических болезней, сахарного диабета, метаболического синдрома и др. Следует обязательно акцентировать внимание на потенциальной взаимосвязи ГР с приемом медикаментов, в числе которых — антихолинергические и антигистаминные средства, амфетамины, некоторые антигипертензивные, гормональные препараты (включая ряд контрацептивов), антипсихотические, химиотерапевтические средства и др.

Получение подробного гинекологического анамнеза позволяет обратить особое внимание на менструальный цикл, в том числе у женщин в пременопаузе; проявления генитоуринарного

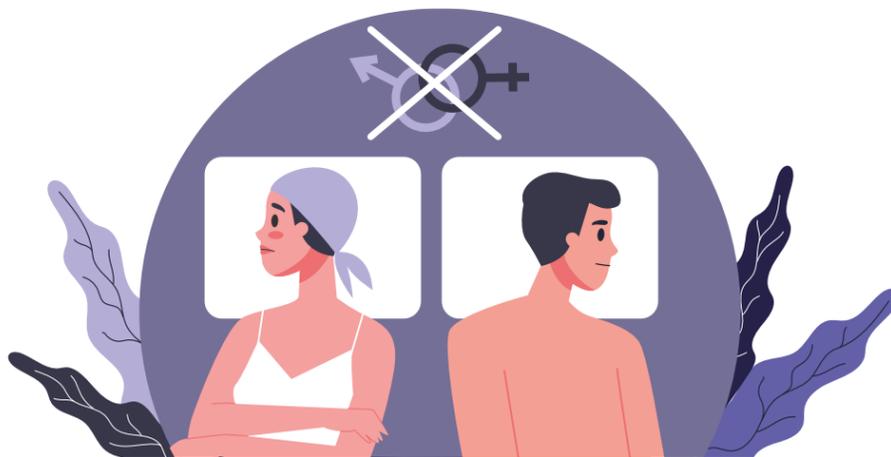


Таблица. Оценка сексуального желания

Вопрос	Да	Нет
1. Был ли Ваш уровень сексуального желания или удовлетворения в прошлом приемлемым для Вас?		
2. Наблюдалось ли ранее снижение уровня Вашего сексуального желания?		
3. Беспокоит ли Вас снижение уровня сексуального желания и/или удовлетворения?		
4. Хотите ли Вы, чтобы уровень сексуального желания и удовлетворения повысился?		
5. Обозначьте все факторы, которые, по Вашему мнению, могут способствовать Вашему текущему снижению сексуального желания или интереса: а) Операция, депрессия, травмы или другое медицинское состояние б) Лекарства, наркотики или алкоголь, которые Вы в настоящее время принимаете в) Беременность, недавние роды, симптомы менопаузы г) Другие сексуальные проблемы, которые могут быть у Вас (боль, снижение возбуждения или оргазма) д) Сексуальные проблемы Вашего партнера е) Неудовлетворенность своими отношениями или партнером ж) Стресс или усталость		

менопаузального синдрома (ГУМС); связанные с пролапсом и недержанием мочи изменения тазового дна; менопаузальные вазомоторные симптомы. Причинами гипосексуального расстройства могут служить двусторонняя сальпингоофорэктомия, синдром тазовой боли, гипопитуитаризм, гипоталамическая аменорея, надпочечниковая недостаточность, первичная недостаточность яичников и химическое их подавление в процессе лечения злокачественных новообразований, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), гипо- и гипертиреоз.

Столь обширный список нарушений, потенциально ответственных за развитие ГР, требует от практикующего врача большого внимания и скрупулезности при верификации диагноза, а также тесного взаимодействия со смежными специалистами.

#### ДИАГНОЗ УСТАНОВЛЕН. ЧТО ДАЛЬШЕ?

Лечебные стратегии включают последовательное применение просветительских мер, психотерапевтических методик, коррекции модифицируемых факторов и назначение специальных лекарственных средств.

На первоначальном этапе следует тактично и терпеливо объяснить женщине особенности анатомии и физиологии репродуктивных органов, их участия в формировании сексуальности. Часто может быть полезным вовлечение в коррекционный процесс (иногда с элементами групповой психотерапии) сексуального партнера. Нужно стремиться к установлению доверительных отношений с пациенткой; от этого во многом зависит успех терапии 1-й линии и лечения в целом.

Важный этап — влияние на модифицируемые факторы. В качестве примера в консенсусе приведены лечение симптомов генитального возбуждения и боли вагинальными смазками (лубрикантами) и увлажняющими средствами, низкодозированными вагинальными эстрогенами или интравагинальным дегидроэпиандростероном (ДГЭА), физиотерапия. Вазомоторные менопаузальные проявления успешно купируются системной гормонотерапией. Известно, что у женщин с сахарным диабетом 2 типа изменение образа жизни, включающее коррекцию избыточной массы тела, может облегчить сексуальную дисфункцию. Аналогичным образом терапия гинекологических заболеваний, нормализация сна, устранение стрессовых факторов и депрессии нередко способствуют восстановлению сексуальности без применения дополнительных вмешательств.

В ситуации, когда наиболее вероятной причиной ГР может оказаться прием

антидепрессантов, показаны психологическое консультирование, дозированная физическая нагрузка, иглоукалывание и другие методы, нацеленные на коррекцию депрессии с использованием меньших доз лекарственных препаратов либо полным отказом от их применения.

Большая часть работы по устранению расстройства заключается в разъяснении пациентке, а в ряде случаев и ее партнеру позитивных моделей общения друг с другом, формированию благоприятного настроения на сексуальный контакт.

В качестве фармакологической коррекции в цитируемом документе упомянуто назначение флибансерина (Fliban, Addyi). На данный момент это единственное одобренное FDA лекарственное средство для воздействия на приобретенное генерализованное ГР у женщин в пременопаузе. Флибансерин (доза 100 мг перед сном ежедневно) — негормональный пероральный многофункциональный агонист 5-HT<sub>1A</sub>- и антагонист 5-HT<sub>2A</sub>-рецепторов серотонина центрального действия. Эксперты отмечают, что назначать его необходимо строго по индивидуальным показаниям и обязательно в процессе консультации пояснить женщине, что этот препарат несовместим с алкоголем. В России лекарственное средство в настоящее время не зарегистрировано.

Еще один препарат, который может быть назначен женщине с обусловленным антидепрессантами ГР, — буспирон (спитомин). Действующее вещество уменьшает ингибирование серотонина, тем самым улучшая либидо. Однако прямых показаний для лечения данного расстройства его инструкция не содержит, а кроме того, в процессе терапии возможно возникновение головокружения, нервозности, тошноты и головной боли.

Пероральное назначение тестостерона не рекомендуется, поскольку достаточно сложно обеспечить точную дозировку гормонального средства для каждого конкретного случая, что может привести к дислипидемии и сопряжено с гепатотоксичностью. В то же время трансдермальная форма препарата эффективна в составе комплексной терапии на фоне как естественной, так и хирургической постменопаузы. Исследований высокого доказательного уровня относительно эффективности и безопасности применения тестостерона у пациенток репродуктивного возраста к настоящему времени в литературе не найдено.

Окончательное решение относительно лечения, как подчеркивают авторы документа, чаще всего зависит от предпочтений и целей женщины и ее партнера.

#### КОММЕНТАРИЙ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Указанные в клинических рекомендациях варианты лечения симптомов, связанных с генитальным возбуждением и болью, следует рассматривать с позиций правовой обоснованности в РФ.

Так, если эти проявления связаны с генитоуринарным менопаузальным синдромом (ГУМС), абсолютно оправдано назначение вагинальных форм низкодозированных эстрогенов (эстриол 500 мкг длительно). Аналогичные лекарственные формы дегидроэпиандростерона в нашей стране не зарегистрированы, а следовательно, не могут использоваться. Физиотерапия возможна, если причиной нарушения либидо послужило какое-либо функциональное или органическое заболевание.

Флибансерин (называемый еще «женской виагрой»; в Российской Федерации также не зарегистрирован) оказывает действие в префронтальной коре головного мозга, вызывая последующие высвобождение дофамина и норэпинефрина и снижение уровня серотонина. С этим согласуется наличие участков аномальной нейровизуализации, описанных у пациентов с пониженным сексуальным интересом и желанием. Принимают его по 100 мг перорально 1 раз в день перед сном; применение в часы бодрствования увеличивает риск гипотонии, обморока, случайных травм и депрессии. Если не наступает улучшение, его отменяют через 8 недель. Препарат несовместим с алкоголем и ингибиторами СYP3A4. Он не показан женщинам в постменопаузе и мужчинам, не должен использоваться для повышения сексуальной активности.

При ГР у женщин, обусловленной антидепрессантами, в России может применяться буспирон. Это средство относится к группе анксиолитиков небензодиазепиновой структуры; оно уменьшает синтез и высвобождение серотонина, активность серотонинергических нейронов, повышая тем самым либидо. Эффект развивается постепенно, проявляется через 7–14 дней и достигает максимума через 4 нед. Данный препарат не оказывает отрицательного влияния на психомоторные функции, не вызывает толерантности, лекарственной зависимости и симптомов отмены, а также не потенцирует действие алкоголя. Исследования показали эффективность буспилона при аутизме, обсессивно-компульсивных расстройствах, предменструальном синдроме, сексуальной дисфункции и ослаблении симптомов вследствие прекращения курения.

Однако прямые показания для терапии ГР в инструкции этого средства отсутствуют. Назначение буспилона в соответствии с ней показано при генерализованном тревожном и паническом расстройствах, синдромах вегетативной дистонии, алкогольной абстиненции и депрессии (в 2 последних случаях — как вспомогательная терапия). Противопоказаниями являются гиперчувствительность, тяжелые нарушения функции почек и печени, глаукому, миастению (*myasthenia gravis*), беременность, кормление грудью. Ограничением к применению является возраст до 18 лет (безопасность и эффективность применения не определены). В процессе лечения возможно возникновение головокружения, нервозности, тошноты и головной боли. Буспирон необходимо с осторожностью применять одновременно с нейрореплетиками, антидепрессантами, сердечными гликозидами, антигипертензивными и антидиабетическими средствами, пероральными контрацептивами.

Что касается трансдермальной формы тестостерона (в России зарегистрирован андрогель), то она может использоваться у пациенток в постменопаузе. Как известно, основными активными метаболитами тестостерона являются дигидротестостерон и эстрадиол. После всасывания через кожу тестостерон поступает в системный кровоток в относительно постоянных концентрациях на протяжении 24 ч. Степень его абсорбции через кожу варьирует в пределах 9–14% от нанесенной дозы. Андрогель в дозе 5 г вызывает среднее увеличение концентрации гормона в плазме приблизительно на 2,5 нг/мл (8,7 нмоль/л). После прекращения лечения концентрация тестостерона начинает снижаться примерно через 24 ч от момента последнего приема и возвращается к исходному уровню примерно через 72–96 ч. 📄

#### На стыке дисциплин

## Свой среди чужих — чужой среди своих: эндометриоз мочеточников

◀ Продолжение, начало на с. 4

#### ЛЕЧЕНИЕ

ЭМ в большинстве случаев требует хирургического лечения, что является «золотым стандартом» и значительно превосходит консервативную терапию по результатам. Ранняя диагностика лежит в основном на плечах гинекологов, а не урологов, что характеризует эндометриоз как серьезную междисциплинарную проблему. При выполнении вмешательств по поводу эндометриоидных гетеротопий типичных локализаций врач может столкнуться с ситуацией, когда в процесс вовлечены органы брюшинного пространства,

что не попадает в поле деятельности акушеров-гинекологов и требует участия смежного специалиста. Современные диагностические возможности часто могут помочь предвидеть подобный поворот событий на операционном столе и заблаговременно выбрать объем хирургического лечения. Даже клинически «немое» сдавление мочеточника гетеротопией с формированием гидронефроза является абсолютным показанием к урологической операции. Таким образом, если оперирующий гинеколог изначально располагает такими данными, как боли в боковой области живота и поясницы, любые нарушения мочеиспускания, а также

предполагает наличие почечной патологии, это служит показанием для предоперационной консультации уролога, поскольку имеется риск необходимости выполнения реконструкции органов мочевыделительной системы после удаления эндометриоидного очага.

На сегодняшний день самым эффективным и безопасным методом лечения ЭМ является уретеронеостомия.

Некоторыми авторами обсуждаются вопросы гормональной терапии ЭМ, показаниями к которой считают заинтересованность пациентки в наступлении беременности (при условии тщательного наблюдения с помощью

УЗИ каждые 6 мес. для исключения обструкции), отсутствие значительного фиброза в постменопаузальном периоде (также на фоне пристального наблюдения). Этот вид лечения оказывает действие за счет сокращения очагов эндометриоза в пораженных тканях, однако такое воздействие не препятствует фиброзированию и образованию спаек, поэтому риск обструкции мочеточника и гидроуретеронефроза сохраняется. Как считают Palla V.V. и соавт. (2017), изолированная медикаментозная терапия не может быть хорошим вариантом в случае ЭМ (хотя такую возможность не следует полностью отвергать). 📄



**Мария Евгеньевна ЖЕЛЕЗОВА**

Д.м.н., профессор кафедры хирургии, акушерства и гинекологии Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань

# Королева незаменимых жирных кислот в акушерстве

На заре прошедшего века жиры рассматривались просто как источник калорий, который можно заменить углеводами. Но в 1929 г. супруги Джорж и Милдред Бёрр (George Burr, Mildred Burr) из Калифорнийского университета опубликовали статью в *Journal of Biological Chemistry* и перевернули эту идею «с головы на ноги». Результаты опытов с лабораторными животными, которых кормили обезжиренной пищей, показали, что жирные кислоты имеют решающее значение для здоровья — при их отсутствии в рационе развивался синдром дефицита, часто приводивший к смерти. Бёрр назвали их «незаменимые жирные кислоты».

Однако только в 1978 г., почти полвека спустя, произошло открытие докозагексаеновой (ДГК) и эйкозапентаеновой (ЭПК) кислот датскими учеными Дж. Дербергом и Х.О. Бангом (J. Dyerberg, H.O. Bang), обратившими внимание на то, что у эскимосов Гренландии, рацион которых содержал большое количество липидов «морского» происхождения, частота инфаркта миокарда была очень низкой. Именно после этого началось лавинообразное изучение этого класса соединений; сегодня публикации результатов по этой теме в PubMed насчитывают более 46 тыс. Было установлено, что организм не производит жирные кислоты *de novo*, а значит, введение их с пищей служит обязательным условием поддержания физиологического гомеостаза.

рой находится карбоксильная группа (–COOH), а на другом — метильная (–CH<sub>3</sub>). Атом углерода, к которому она присоединена, называется ω- (омега-) атомом. Выяснилось, что класс ПНЖК представляет собой довольно разнообразную группу веществ, объединенных в несколько семейств. Из них 2 наиболее известных и изученных — это Омега-6 и Омега-3 (рис. 1).

Безусловно, оба эти класса соединений важны для организма, и, как установлено, оптимальным соотношением Омега-6 и -3 является 1 : 1–4 : 1. Терапевтическое действие их обусловлено рядом биологически активных веществ (БАВ) и сигнальных молекул: эйкозаноидов — лейкотриена А<sub>5</sub>, простагландинов Е<sub>3</sub> и I<sub>1</sub>, тромбосана А<sub>3</sub>, предшественниками которых являются эйкозапентаеновая

образование, а ЭПК — оказывает антиатерогенное действие, снижает риск ИБС и онкозаболеваний. В ходе изысканий ученые пришли еще к 2 очень важным заключениям: во-первых, для реализации этих эффектов требуется значительно меньшее количество ЭПК, чем ДГК, и, во-вторых, ЭПК может синтезироваться в необходимых для организма количествах из α-линоленовой кислоты.

## ДГК И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сравнение особенностей биологического действия ДГК и ЭПК позволили выделить первую из них как важнейший фактор протекции эндотелия сосудов и определить снижение риска заболеваний, связанных с его дисфункцией. Для акушерства этот вывод оказался критическим — частота осложнений беременности, опосредованных расстройством функции плаценты в результате сосудистых нарушений, таких как преждевременные роды, преэклампсия (ПЭ), плацентарная недостаточность и задержка роста плода, снижается, если беременная принимает ДГК. Это подтверждено крупными рандомизированными когортными клиническими (РКИ) и метааналитическими исследованиями.

Так, метаанализы показали, что добавление ДГК уменьшает относительный риск (ОР)

- **преждевременных родов:** ОР = 0,89 (ранее 37 нед) и ОР = 0,58 (ранее 34 нед) (70 РКИ, n = 19927; Middleton P., 2018);
- **гипертензии и ПЭ:** ОР = 0,75 (при низком риске ПЭ) (14 РКИ, n = 10 806; Bakouei F., 2020);
- **рождений детей с низкой массой тела:** ОР = 0,65 (менее 2500 г) и ОР = 0,50 (3 РКИ, n = 3493; Makrides M., 2010; Ramakrishnan U., 2010; Imhoff-Kunsch B., 2012);
- **макросомии плода у беременных с гестационным сахарным**

**диабетом:** ОР = 0,64 (12 РКИ, n — не указано; Zhong N., 2019);

- **перинатальной смертности:** ОР = 0,27 (при одноплодной беременности) (9 РКИ, n = 3854; Saccone G., 2015).

«Многие беременные женщины во всем мире уже принимают добавки с Омега-3 по личному выбору, а не по совету медицинских работников, — говорит Филиппа Миддлтон (P. Middleton). — И стоит отметить, что многие добавки, представленные сегодня на рынке, не содержат оптимальных доз или вариантов Омега-3 для предотвращения преждевременных родов и других осложнений. Наш обзор показал, что наилучшей является ежедневная добавка, содержащая ДГК, начиная с 12-й недели беременности».

Дополняя мнение исследователя, заметим, что необходимость дотации ЭПК во время беременности в настоящее время еще не установлена и, очевидно, должна быть определена в ближайшем будущем (Кокрейновская база данных, 2018).

## ДГК И НОВОРОЖДЕННЫЙ

Последняя экспериментальная работа (Fang X., 2020) убедительно показала, что прием ДГК матерью на поздних сроках беременности и на протяжении кормления грудью улучшает память и исследовательские способности ребенка, а МРТ доказала улучшение функциональной организации мозга при отсутствии воздействия на объем его структур.

Эпидемиологические исследования связывают потребление ДГК матерью с позитивным влиянием на новорожденного и его развитие в дальнейшем:

- **развитие мозга и зрительного анализатора** (обзор; Mun J.G., 2019);
- **снижение толерантности к инсулину и предрасположенности к сахарному диабету 2 типа** (при гестационном диабете) (n = 108; Zhao J.P., 2014);
- **защита от аллергии:** снижение частоты возникновения бронхиальной астмы (7 РКИ, n = 2047; L. Gao, 2020);
- **уменьшение выраженности отдаленных последствий гипоксической ишемической энцефалопатии** (обзор; Coletta J.M., 2010);
- **улучшение устойчивого внимания у детей дошкольного возраста** (1 РКИ, n = 1094; Ramakrishnan U., 2016);
- **улучшение когнитивных функций среди детей до 4 лет:** ОР = 0,40 (когортный анализ реестра живорождений, n = 5034; Vollet K., 2017).

У детей, находившихся на грудном вскармливании матерями, получающими добавки ДГК, отмечены:

- **улучшение интеллекта:** оценка по шкале Векслера (Wechsler) в возрасте 7,5–8 лет выше на 8,3 балла (Lucus A., 1992; в группе детей, родившихся

ПНЖК ОМЕГА-6:	ПНЖК ОМЕГА-3:
ЛИНОЛЕВАЯ КИСЛОТА (ЛК)	АЛЬФА-ЛИНОЛЕНОВАЯ КИСЛОТА (АЛК)
ГАММА-ЛИНОЛЕВАЯ КИСЛОТА (ГЛК)	ЭЙКОЗАПЕНТАЕНОВАЯ КИСЛОТА (ЭПК)
ДИГОМО-ГАММА-ЛИНОЛЕНОВАЯ КИСЛОТА (ДГЛК)	ДОКОЗАГЕКСАЕНОВАЯ КИСЛОТА (ДГК)
АРАХИДОНОВАЯ КИСЛОТА (АК)	

**Рисунок 1.** Полиненасыщенные жирные кислоты семейств Омега-6 и Омега-3

Так что же представляют собой незаменимые полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) и почему они так важны не только в кардиологии и других областях медицины, но и в акушерстве?

## ОМЕГА-6 VS ОМЕГА-3

Сегодня рекомендации для беременных и кормящих женщин по потреблению ПНЖК ряда международных профессиональных сообществ (WHO, FDA/EPA, Американского, Королевского, Канадского, Австралийского обществ акушеров-гинекологов, 2005–2019 гг.), а также консенсусные рекомендации Европейской комиссии Perinatal Lipid Metabolism и Early Nutrition Programming, разработанные совместно с представителями Фонда здоровья детей, Европейской ассоциации перинатальной медицины и др. (2019), указывают на необходимость введения в рацион достаточного количества жирной морской рыбы либо добавления Омега-3 (а именно докозагексаеновой кислоты, ДГК) в дозе не менее 150–250 мг/сут. Однако понимание необходимости дотации ДГК на протяжении беременности пришло не сразу. Сначала ученые установили, что молекула жирных кислот представляет собой неразветвленную углеводородную цепь, на одном конце кото-

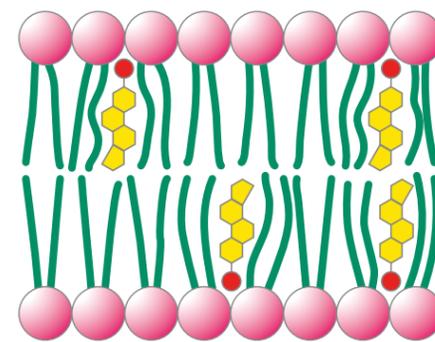
и арахидоновая кислоты. Однако из-за меньшей доступности Омега-3 у большинства европейцев диспропорция их содержания доходит до 17-кратного преобладания Омега-6, что может приводить к проявлению неблагоприятных свойств последних — усилению воспаления, вазоконстрикции, гиперкоагуляции (Ших Е.В., 2019).

Содержание Омега-3 ПНЖК в эритроцитах никогда не достигает уровня ниже 2%, что ставит их в один ряд с водой и солью — элементами, без которых жизнь человека невозможна (von Schacky C., 2020). Омега-3 обладают противовоспалительными, иммуномодулирующими, антиагрегантными и антиоксидантными эффектами. Помимо стимуляции синтеза БАВ они обеспечивают стабилизирующее действие на все клеточные мембраны человека, делая их легко проницаемыми для кислорода и питательных веществ (рис. 2).

## БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДГК И ЭПК

Ученые выделили наиболее значимые биологические эффекты ДГК и ЭПК (рис. 3).

Таким образом, можно сделать вывод, что ДГК предотвращает дисфункцию эндотелия, нарушения углеводного и других видов метаболизма, тромбо-



**Рисунок 2.** Фосфолипиды клеточной мембраны

Фосфолипиды имеют «головку» и 2 жирнокислотных «хвоста». Омега-3 ПНЖК интегрированы в состав фосфолипидов клеточных мембран и обеспечивают их стабильность и проницаемость

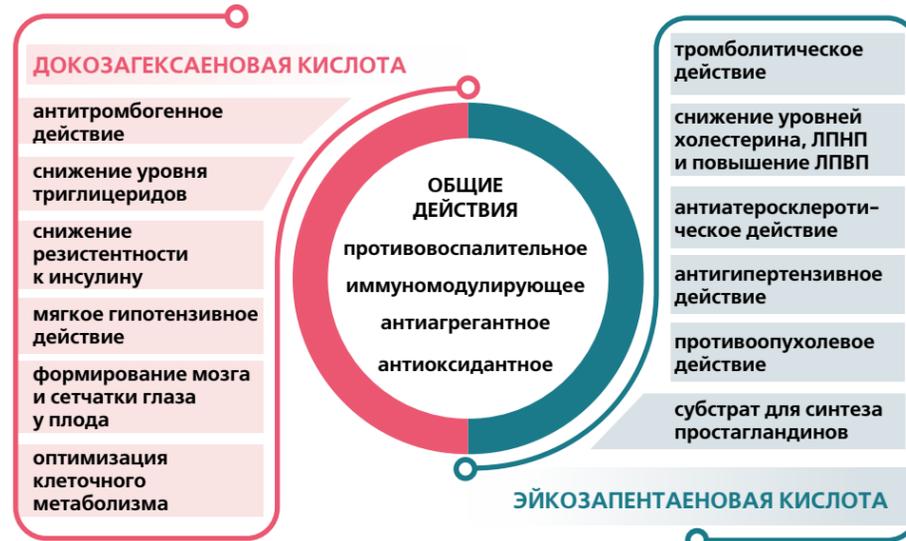
с очень низкой массой тела — на 6,2 балла ( $n = 280$ ; Horwood L.J., 2011);

• **повышение остроты зрения:** в 2 раза при кормлении на фоне приема добавок ДГК в течение 6 мес. ( $p < 0,002$ ) ( $n = 55$ ; Hoffman D.R., 2004).

Полученные данные позволили экспертам ВОЗ сформулировать рекомендацию относительно необходимости приема беременными как минимум 200 мг ДГК ежедневно (2017).

### ДГК И ФОЛАТЫ

Результаты исследований последних лет подчеркивают важность синергичного взаимодействия фолатов и ПНЖК. Оказалось, что дотация только фолиевой кислоты (ФК) в отсутствие других витаминов (в особенности  $B_{12}$ ) приводит к снижению концентрации ПНЖК в крови матери, что влечет за собой гипометилирование ДНК в плаценте и усиление процессов апоптоза (Rathod R., 2016). В то же время установлено, что добавление к пище 400 мкг ФК на протяжении беременности снижает на 31% частоту преждевременных родов, на 15% — рождений детей с низкой массой тела, на 30% — риск ПЭ, на 20% — самопроизвольных выкидышей и на 71% — аномалий плода. Учитывая отсутствие скрининга и высокую частоту полиморфизма генов фолатного цикла в популяции (40–60%), рекомендуется комбинировать фолиевую кислоту и ее активную форму — L-метафолин в соотношении 1 : 1 в суммарном количестве 400 мкг. Такую комбинацию необходимо включать в рацион беременной с этапа прегравидарной подготовки и на протяжении всего времени гестации, а так-



**Рисунок 3.** Механизмы действия докозагексаеновой и эйкозапентаеновой кислот в организме (Шляхтко Е.В. и др.)

же в период грудного вскармливания наряду с ДГК начиная не позднее чем со II триместра.

### СПОСОБ ДОТАЦИИ ДГК

Ключевым остается вопрос о способах поступления ПНЖК в организм на протяжении беременности и лактации. Европейское агентство по безопасности пищевых продуктов (EFSA) рекомендует потребление Омега-3 с пищей в количестве 250 мг/сут (из них 100–200 мг ДГК) (2012). FDA рекомендует беременным есть не более 340 г жирной рыбы в неделю из-за опасности загрязнения ее солями тяжелых металлов (в первую очередь ртути). Употребление 2 порций рыбы (200–300 г) в течение недели обеспечивает поступ-

ление от 100 до 250 мг/сут Омега-3, из которых лишь 50–100 мг составляет ДГК. Необходимо еще раз подчеркнуть важность соблюдения баланса ПНЖК, которого невозможно достичь, получая эти эссенциальные вещества исключительно из пищи. Кроме того, отследить точное количество жирных кислот, содержащееся в рационе, весьма затруднительно. В связи с этим пероральные добавки 200 мг ДГК являются единственным способом сбалансировать количество жирных кислот в организме на физиологическом уровне для сохранения здоровья матери, плода и новорожденного.

### ВЫБОР БАД С ДГК

Оптимальными, наиболее сбалансированным поливитаминными комп-

лексами являются Фемибийон Наталкер I (для женщин, планирующих беременность, и беременных — до конца 12-й нед) и II (начиная с 13-й нед беременности и до окончания грудного вскармливания). Обе формы содержат комбинацию ФК и метафолина в соотношении 1 : 1, другие рекомендованные международными экспертами необходимые витамины, а в состав Фемибийон Наталкер II входит также ДГК в дозе 200 мг в отдельной капсуле, что предотвращает взаимодействие вещества с водорастворимыми витаминами. Кроме того, в формуле обоих комплексов отсутствуют «ненужные» (не рекомендованные) витамины и минералы, действие которых не доказано.

Прием сбалансированного витаминно-минерального комплекса, содержащего оптимальное сочетание только необходимых («критических») витаминов и микроэлементов (FIGO, 2019) в сочетании с 200 мг ДГК, наиболее полезен для беременных и кормящих женщин.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая сказанное, становится очевидным, что ДГК способствует физиологическому течению беременности и абсолютно необходима как минимум со II триместра и до окончания лактации. В то же время влияние ЭПК на исход гестации требует дальнейшего изучения, поэтому на сегодняшний день нельзя расценивать ЭПК как альтернативу ДГК в акушерстве. Рекомендация доза последней — 200 мг в составе витаминно-минеральных комплексов, содержащих L-метафолин и фолиевую кислоту в соотношении 1 : 1.

Список литературы находится в редакции



**MERCK**

## Ваша пациентка может подарить ребенку больше, чем свои красивые глаза

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

Рекомендуйте вашей пациентке принимать специально подобранные комбинации питательных веществ на разных стадиях беременности:<sup>2</sup>

- **ФЕМИБИОН 1** содержит 400 мкг фолатов с оптимальным соотношением 1:1 (метафолин + фолиевая кислота) для создания необходимого уровня в организме<sup>3</sup>
- **ФЕМИБИОН 2** содержит фолаты в количестве 400 мкг (метафолин + фолиевая кислота) для поддержания деления клеток и роста тканей, а также ДГК в количестве 200 мкг для развития головного мозга и зрения ребенка<sup>4</sup>, начиная с 13-й недели беременности.

**femibion®**  
Для поколения здоровых детей



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

1. Приблизительно на 25% здоровье ребенка в течение жизни предопределено генетическими факторами, а до 75% может быть обусловлено взаимодействием его генов с образом жизни матери. Образ жизни включает питание, здоровую массу тела матери и младенца, воздержание от курения и отсутствие стресса. (Teh AI et al. Genome Res, 2014; 24(7):1064-1074).  
2. В качестве добавки к разнообразной и сбалансированной диете и здоровому образу жизни.  
3. Прием фолиевой кислоты в качестве добавки повышает уровень фолатов в организме матери. Низкий уровень фолатов в организме матери является одним из важных факторов риска в отношении дефектов нервной трубки у развивающегося плода. Как следствие, женщинам рекомендуется дополнительный прием фолиевой кислоты в количестве 400 мкг в сутки в течение, по меньшей мере, 1 месяца до зачатия и до 3 месяцев после него. Существуют и другие (напр., наследственные) факторы повышения вышеуказанного риска.  
4. Потребление матерью ДГК способствует нормальному развитию головного мозга и глаз у плода и у ребенка, находящегося на грудном вскармливании. Полезный эффект достигается при ежедневном потреблении ДГК Омега-3 в количестве 200 мг в дополнение к рекомендованной суточной дозе жирных кислот Омега-3 (ДГК и ЭПК) для взрослых, составляющей 250 мг.

РЕКЛАМА

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

## Всемирный конгресс «Пробиотики и питание–2021» пройдет в онлайн-формате

Второй Всемирный конгресс, посвященный пробиотикам и питанию, состоится 22–23 февраля 2021 г. в Токио (Япония). На этот раз из-за ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19 мероприятие пройдет в удаленном режиме. Тем не менее организаторы утверждают, что подобное обстоятельство не повлияет на качество и содержательность форума — напротив, его смогут посетить даже большее количество желающих. Устроитель, компания Conference Series LLC Ltd., предлагает на электронной платформе как спикерам, так и участникам широкие возможности для получения нужной информации по вопросам, связанным с микробиотой и питанием человека. По итогам конгресса будет опубликован электронный сборник всех материалов.

Подробности и регистрация на конгресс по ссылке: [probiotics.nutritionalconference.com](http://probiotics.nutritionalconference.com).

## Отдохни



Выбор главного редактора  
Галины Борисовны Дикке

### Золотые руки: История Бена Карсона

США, 2009 г.

Режиссер: Томас Картер

Жанр: драма

В главной роли: Кьюба М. Гудинг-мл.



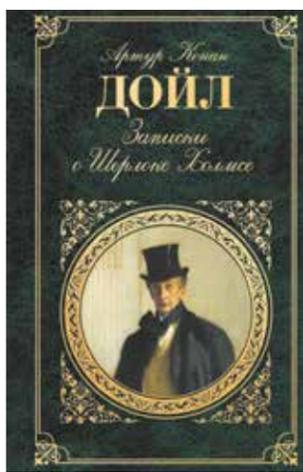
Бен Карсон рос без отца, среди бедности и предрассудков; он плохо учился в школе и отличался вспыльчивым характером. Но мать, побуждая его использовать возможности, которыми сама никогда не располагала, способствовала развитию у мальчика и его брата воображения, интеллекта и, что самое главное, — веры в таланты, заложенные в него Богом. Во многом благодаря этому Бен становится лучшим в мире нейрохирургом. В то же время его жена теряет двух близнецов на последних месяцах беременности. Через некоторое время герой повествования первым в мире выполняет сложнейшее разделение сросшихся головами сиамиских близнецов. Оба ребенка выживают, и теперь Бен — один из ведущих нейрохирургов, специализирующихся на операциях у самых юных пациентов...



Выбор  
Владимира Владимировича Остроменского

### Артур Конан Дойл. «Записки о Шерлоке Холмсе»

Перу английского писателя, публициста и журналиста Артура Конана Дойла принадлежат исторические, приключенческие, фантастические романы и даже труды по спиритизму, но в мировую литературу он вошел как создатель самого Великого Сыщика всех времен и народов — Шерлока Холмса. Благородный и бесстрашный борец со злом, обладатель острого ума и необыкновенной наблюдательности, этот человек с помощью своего знаменитого дедуктивного метода решает самые запутанные головоломки, часто спасая при этом человеческие жизни. Он обладает редким актерским даром, гениально перевоплощается и умеет поставить эффектную точку в конце каждого блестяще проведенного им расследования...

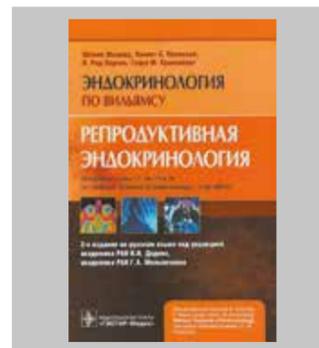


### Эндокринология по Вильямсу. Репродуктивная эндокринология. Избранные главы

Шломо Мелмед, Кеннет С. Полонски,  
П. Рид Ларсен, Генри М. Кроненберг

2018. 504 с.

ISBN: 978-5-9704-4621-8



В книге представлены главы из фундаментального руководства «Эндокринология по Вильямсу», посвященные заболеваниям репродуктивной системы. Затронуты особенности физиологии, гормональной и биохимической регуляции репродуктивных процессов у мужчин и женщин. Подробно рассмотрены заболевания мужских половых желез, бесплодие и снижение фертильности, вопросы контрацепции. Отдельный раздел содержит сведения о мужской и женской сексуальной дисфункции.

Руководство предназначено для врачей-эндокринологов, гинекологов, урологов и сексопатологов, а также студентов, ординаторов, интернов и аспирантов, специализирующихся на лечении эндокринных заболеваний. Издание может быть использовано специалистами и слушателями курсов последипломного образования.

### Гиперандрогенные синдромы в гинекологии

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

2020. 112 с.

ISBN: 978-5-9704-5666-8



Авторами описаны наиболее часто встречающиеся гиперандрогенные нарушения: синдром поликистозных яичников, метаболический синдром, врожденная дисфункция коры надпочечников. Раскрыты современные представления о патогенезе, методах диагностики и дифференциальной диагностики источников гиперпродукции андрогенов; рассмотрены вопросы патогенетического лечения. Каждый раздел содержит наиболее интересные клинические примеры из практики авторов.

Книга предназначена сотрудникам кафедр акушерства и гинекологии, эндокринологии, сексологии, сексопатологии, а также специалистам и слушателям факультетов повышения квалификации. Руководство может быть полезно аспирантам, клиническим ординаторам и студентам высших медицинских учебных заведений.

### Медикаментозный аборт в амбулаторной практике

Г.Б. Дикке

2020. 385 с.

ISBN: 978-5-9704-4430-6



В монографии освещены общие проблемы репродуктивного здоровья, связанные с искусственным и самопроизвольным прерыванием беременности, обобщены литературные и собственные данные относительно последствий досрочного завершения беременности. Обоснованы преимущества медикаментозного опорожнения матки при искусственном (по желанию пациентки и по медицинским показаниям) и самопроизвольном прерывании беременности в I триместре. Предназначено акушерам-гинекологам, врачам общей практики, организаторам здравоохранения, фельдшерам и акушеркам, работающим самостоятельно. Руководство может быть использовано специалистами области послевузовского повышения квалификации врачей.

## МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная Кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня», «Гастроэнтерология сегодня»;
- Клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- Справочники для специалистов;
- Удобный функционал: возможность чтения off-line.

Бесплатно —  
для смартфонов и планшетов  
iOS и Android.

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!



Акушерство  
и гинекология сегодня

4 (8) / 2020

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: Никулин Ю.А.  
Дизайн и верстка: Перевиспа Ю.В.

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

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

Заказ № 202917.

Тираж 10 800 экз.

★ [www.abvpress.ru](http://www.abvpress.ru)  
★ [abv@abvpress.ru](mailto:abv@abvpress.ru)

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.