

Тема
номера

Микробиота и вспомогательные репродуктивные технологии

Сетчатые импланты
в лечении пролапса
тазовых органов

с. 3

Неудачи ЭКО
можно избежать

с. 4

Ответственность
врача: от прогула
до подлога

с. 6

Сахарный диабет
у беременных.
Метформин в действии

с. 10

ОТ РЕДАКТОРА



Галина
Борисовна
ДИККЕ

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

Уважаемые коллеги!

Дорогие друзья!

Микробиом человека играет решающую роль в определении состояния его здоровья, а микробиом половых путей может влиять на потенциал фертильности до и во время вспомогательных репродуктивных методов лечения.

В исследованиях предыдущих лет для определения микробиоты применялась методика на основе культуры, в то время как в последние годы наиболее используемыми методами стали ПЦР в реальном времени и секвенирование РНК на основе 16S рРНК. Эти методы позволили идентифицировать целый ряд новых бактерий, населяющих половые пути, которые не поддаются культивированию на питательных средах.

Метод ПЦР в реальном времени стал сегодня рутинным и широко используется в клинической практике, а в 2023 году он был включен в Стандарт первичной медико-санитарной помощи взрослым при бактериальном вагинозе (приказ МЗ РФ № 385н).

Благодаря использованию в научных исследованиях метода секвенирования РНК было выяснено, что независимо от анатомического места исследования флора с преобладанием *Lactobacillus*, по-видимому, играет ключевую роль в определении фертильности, в частности, *Lactobacillus crispatus* показала центральную роль. Также присутствие в половых путях условно-патогенных микроорганизмов, таких как *Gardnerella vaginalis*, виды *Ureaplasma* и грамотрицательные бактерии, влияет на фертильность, и бактериальный вагиноз в настоящее время рассматривают как высоко предсказуемый предиктор колонизации матки БВ-ассоциированными и другими бактериями, что может привести к длительному вялотекущему воспалению и бесплодию. Вопросам влияния микробиома половых путей на фертильность посвящено наше эксклюзивное интервью с профессором Е.С. Ворошилиной.

На сегодняшний день остро стоит вопрос о стандартизации методов отбора проб и подходов к исследованиям, что оправданно для стратификации потенциала фертильности, диагностики бесплодия и его последующего лечения.

АКТУАЛЬНО

Современные возможности прогнозирования исхода ЭКО

«Ребенок из пробирки» — такое название младенцев, появившихся на свет с помощью ЭКО, сегодня уже не в новинку. Эта методика вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) стала рутинной, подобные операции в России проводят в более чем 100 центрах репродуктологии, а число женщин, прибегающих к такому методу преодоления бесплодия, растет с каждым годом. Однако, по данным ФОМС, представленным в 2023 году, из почти 93 тыс. оплаченных циклов ЭКО роды наступили только у 18 тыс. пациенток. В чем кроются причины успеха и неудач ВРТ? Об этом мы поговорили с доктором медицинских наук, профессором кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ФГАОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Екатериной Сергеевной ВОРОШИЛИНОЙ.

— Екатерина Сергеевна, с какими проблемами сегодня сталкивается репродуктивная медицина?

— Причинами репродуктивных неудач в паре (я сознательно избегаю здесь термина «бесплодие», несущего однозначно негативную окраску) являются множество факторов, причем некоторые из них не вполне очевидны. Пары, вынужденные обратиться для решения своих проблем к ВРТ, измучены длительными обследованиями, озадачены противоречивыми диагнозами и неопределенностью прогнозов. При этом число протоколов ВРТ ежегодно растет, но их эффективность, по данным Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ), не превышает 38 % в пересчете на перенос одного эмбриона. Репродуктологи бьются за доли



Екатерина Сергеевна
ВОРОШИЛИНА

процента, которые поднимут рейтинг клиники и сделают конкретно их услуги более привлекательными.

— В современном обществе постепенно меняется представление о том, что в отсутствии ребенка в семье виновна лишь женщина. Что остается вне поля зрения?

— Давайте обратимся к репродуктивному потенциалу мужчины, без эякулята которого наступление беременности ни естественным путем, ни *in vitro* невозможно. Ключевыми параметрами, которые оценивают, являются показатели спермограммы и отсутствие инфекций, передаваемых половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas*

Окончание на с. 2 ▶

НОВОСТИ

Дефицит акушеров в России становится реальностью

Число закончивших ординатуру по специальности «Акушерство и гинекология» в российских медвузах за 2023 г. снизилось с 1,6 тыс. до 1,4 тыс., что во многом вызвано уменьшением профессиональной востребованности. Об этом сообщает интернет-портал «Медвестник».

Отечественная медицина испытывает острый дефицит гинекологов и акушеров в связи с падением общественного спроса на специальность. Аналитики объясняют такую тенденцию низкими показателями рождаемости в стране. Почти треть (до 30 %) получивших диплом акушера-гинеколога не видят, по их словам, профессиональной перспективы и трудятся в других, часто не связанных с медициной областях. В результате на 78,4 млн российских женщин приходится около 400 тыс. стационарных и амбулаторных врачей этого направления, и этого количества явно недостаточно. В Российской Федерации функционируют 1665 стационаров акушерского профиля, где

работают 44 тыс. акушеров-гинекологов и 5,6 тыс. неонатологов. Согласно заявлению директора НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова академика Геннадия Тихоновича Сухих, по состоянию на август 2024 г. государственные учреждения располагали 3663 акушерскими вакансиями и 1734 свободными должностями неонатологов. Общий же дефицит этих специалистов оценивается в 8,5–11,5 тыс. человек. К этому можно добавить, что в 6 федеральных субъектах отсутствуют перинатальные центры. На фоне недостатка врачей могут возрасти риски, связанные с родами, и опасения относительно деторождения, что, в свою очередь, не замедлит сказаться на демографии. Возможно, возникнет необходимость новых изменений в организации учебной и профессиональной деятельности, связанной с охраной женского здоровья.

Источник: https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossiiskom-obshestve-akusherov-soobshili-pro-kadrovyy-deficit-v-5-3-tys-specialistov.html?utm_source=main

Современные возможности прогнозирования исхода ЭКО

« Окончание, начало на с. 1

vaginalis, *Mycoplasma genitalium*, *Herpes simplex virus*). Однако исследованию не подлежит микробиота эякулята.

Эякулят является уникальной биологической жидкостью, которая нигде не накапливается, а каждый раз собирается *de novo*. Соответственно, нет постоянно существующей микробиоты эякулята, ее состав определяется микроорганизмами, обитающими в разных отделах урогенитального тракта мужчины и соединяющимися воедино во время эякуляции. При этом сегодня накоплено достаточно данных, указывающих на связь между патологическими изменениями в эякуляте и его микробиотой.

— Могут ли бактерии, которые присутствуют в эякуляте, оказывать влияние на течение эмбриологического этапа ВРТ, а именно на качество получаемых бластоцист?

— Необходимо отметить, что эякулят, используемый в программах ВРТ, не подвергается дополнительному исследованию, однако эмбриологам хорошо известен феномен бактериального загрязнения чашек, в которых проводится культивирование бластоцист. В результате эмбрионы, как правило, погибают. Этому должны препятствовать антибиотики (гентамицин), которые добавляют в среды для культивирования эмбрионов, однако избежать на 100 % подобных ситуаций не удается.

Мы исследовали микробиоту в образцах эякулята, которые использовали в программах ВРТ, а именно ЭКО. При этом отбирали только те образцы, которые соответствовали критериям нормозооспермии: они являются идеальными для протоколов ВРТ. Более того, такие образцы помещают в банки спермы.

Для оценки микробиоты эякулята мы использовали тест Андрофлор®, который широко применяется в РФ и (по аналогии с тестом Фемофлор®) позволяет комплексно оценить микробиоту урогенитального тракта мужчин методом ПЦР в реальном времени.

Первым неприятным открытием для нас было обнаружение бактерий в количестве более 103 ГЭ/мл в двух из трех образцов, при этом одновременно мы идентифицировали до 14 групп бактерий. Далее мы оценили результаты эмбриологического этапа ЭКО, проведенного с этими образцами. Для оценки использовали показатель, предложенный Vienna consensus (The Vienna consensus: report of an expert meeting on the development of ART laboratory performance indicators // Reproductive BioMedicine Online. 2017. Т. 35. № 5. С. 494–510), — получение не менее 40 % бластоцист хорошего и отличного качества от общего количества

оплодотворенных яйцеклеток: GBDR \geq 40 % (good-quality blastocyst development rate) на 5-й день культивирования. В соответствии с этим показателем изученные нами пробы эякулята разделились почти поровну: на группу, в которой было получено приемлемое количество хороших бластоцист, и группу, где доля «отличников» не достигала до целевых показателей.



— Вам с коллегами удалось разработать своеобразный маркер высоко качества эмбрионов. Расскажите об этом, пожалуйста.

— Да, мы установили различия в составе микробиоты эякулята между этими группами, что позволило разработать математический индекс — ЭХО-Про-N (сокр. от «Эмбрионы хорошего и отличного качества. Прогноз нормозооспермия»). Индекс позволяет прогнозировать эффективность эмбриологического этапа ВРТ, а именно процент эмбрионов, пригодных для переноса, на основе показателей теста Андрофлор® при исследовании микробиоты эякулята.

— Какое практическое значение имеет ваша разработка?

— Особенно важным предварительное исследование микробиоты эякулята становится при неоднократных неудачах ВРТ, в тех случаях, когда у женщины снижен овариальный резерв и каждая полученная яйцеклетка и эмбрион поистине бесценны. Своевременное обследование партнера позволяет либо выбрать подходящий протокол ВРТ (ИКСИ, а не ЭКО), либо дополнительно обработать эякулят перед оплодотворением, либо провести санацию мужчины.

— Результатом ВРТ является не только получение качественных, пригодных для переноса бластоцист, и даже не состоявшаяся беременность, а реально родившийся малыш, в идеале — доношенный и в срок. С чем сталкиваются на этом пути врачи-репродуктологи?

— К сожалению, статистика неумолима: беременности после ВРТ чаще завершаются досрочно. Впрочем, преждевременные роды (ПР) являются проблемой и в случае естественного наступившей беременности.

В настоящее время ПР относят к группе «больших акушерских синдромов», патологическая основа которых, как правило, закладывается еще в I триместре, и для них характерен длительный доклинический период. В основе «больших акушерских синдромов» лежат несколько механизмов, в том числе инфекционный фактор. Взаимосвязь между дисбиозом влагалища и развитием ПР хорошо задокументирована, неоднократно предпринимались попытки разработать прогностические модели, которые могли бы помочь своевременно выделить группу риска по этой патологии среди беременных. Однако в боль-

Во время беременности отмечают снижение микробного разнообразия с увеличением количества и доли лактобактерий. Однако часть женщин вступают в беременность с дисбиозом, и это состояние сохраняется в течение всего периода гестации.

— Можно ли попытаться использовать данные этого теста для прогнозирования неблагоприятных исходов беременности?

— Именно такой вопрос и стоял перед нашей исследовательской группой. Чтобы решить поставленную задачу, мы провели исследование, к ходе которого наблюдали за течением и исходами беременности у женщин с различными вариантами микробиоты влагалища (нормоценозом и дисбиозами). При этом тест Фемофлор® 16 мы выполняли в I триместре. Большая часть наблюдаемых нами женщин благополучно родили в срок, однако была и группа тех, у кого произошли ПР.

Проведенный анализ показал, что в группе ПР достоверно выше была частота дисбиоза различной этиологии и выраженности, при этом дисбиоз у них чаще сочетался с присутствием *Ureaplasma spp.* На следующем этапе мы разработали математический индекс — ПРИМА (сокр. от «Преждевременные роды. Индекс микробиологического анализа»). Индекс позволяет прогнозировать риск ПР, основываясь на показателях теста в I триместре беременности. Это период, когда можно провести санацию влагалища, убедиться в эффективности лечения и добиться восстановления лактофлоры. Кроме того, у врача появляется возможность выделения беременных с повышенным риском ПР в отдельную группу, нуждающуюся в пристальном внимании в течение всего периода гестации.

— В чем вы видите главный результат своих научных изысканий? Как практикующему врачу можно их применить?

— Наше исследование показывает наличие взаимосвязи между микробиотой влагалища у беременной и особенностями течения гестации. Что еще более важно, полученные данные подчеркивают значение прегравидарной подготовки женщины, в том числе ликвидации дисбиоза влагалища на пре-концепционном этапе. Любые медикаментозные вмешательства во время беременности могут иметь негативные последствия как для матери, так и для плода. А назначение на фоне гестации антимикробных средств, особенно системных, неизбежно приведет к нарушению микробиоты не только урогенитального тракта, но и кишечника, что окажет пагубное влияние на становление микробиома новорожденного. Как и в любой клинической ситуации, болезнь легче предотвратить. Именно поэтому врачу нужно думать на несколько шагов вперед.

— Большое спасибо за беседу! Надеемся на продолжение исследования столь важной проблемы. 🙏

шинстве случаев исследователи либо включали в алгоритм тесты, пригодные только для научных исследований, либо проводили исследование во II триместре и позже, что не оставляло времени для профилактики.

— Возможно ли в современных условиях спрогнозировать негативный сценарий течения гестации и предотвратить его развитие?

— Присутствие разнообразных условно-патогенных микроорганизмов, особенно из числа ассоциированных с бактериальным вагинозом, в составе вагинальной микробиоты является прогностически неблагоприятным. При этом попытки коррекции бактериального вагиноза во время беременности часто безуспешны, а доказанная элиминация *G. vaginalis* не снижает риска ПР за счет сохранения других облигатно анаэробных бактерий на фоне пониженной доли лактофлоры. В некоторых научных работах ранее было показано, что наличие *Ureaplasma spp.* в высоком титре — это фактор риска ПР.

В России уже более 15 лет для оценки микробиоты влагалища у женщин, в том числе беременных, используют тест Фемофлор® 16. Он привлекателен тем, что помимо определения количества и, что важно, доли лактобактерий во влагалище позволяет выявить большинство значимых условно-патогенных бактерий, которые становятся причиной дисбиоза влагалища.

Доля лактобактерий — ключевой показатель, критерием нормоценоза является 80 % и более в составе микробного сообщества. В случае снижения доли лактобактерий ниже 80 % мы говорим о дисбиозе той или иной степени выраженности.

Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов у женщин с использованием сетчатых эндопротезов

Результаты 5-летнего наблюдения

Пролапс тазовых органов (ПТО) — патологический процесс, при котором происходит опущение органов малого таза, изолированно или в сочетании. ПТО рассматривают как разновидность грыжи тазового дна, определяющейся в области влагалищного входа.

А.В. Малушко, В.А. Махинов, И.Д. Щедрина, С.М. Алексеев, С.Б. Онегова, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

Это довольно широко распространенное патологическое состояние, существенно ухудшающее качество жизни женщины и имеющее потенциальные серьезные последствия для ее здоровья. 30–80 % женщин с ПТО имеют нарушения функции в виде мочевой и анальной инконтиненции.

Распространенность ПТО составляет в среднем около 65 %, при этом до 30 % женщин обращаются за медицинской помощью по поводу симптомов заболевания, 10–50 % случаев представлены бессимптомным течением и случайно выявляются при гинекологическом обследовании.

Коррекция пролапса тазовых органов у женщин требует мультидисциплинарного подхода, включая участие специалистов гинекологического, урологического, колопроктологического, гастроэнтерологического, неврологического профилей. Для успешной хирургической коррекции ПТО при помощи сетчатых имплантов требуется индивидуальный подход

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ пациенткам, страдающим ПТО, при наличии высокого риска рецидивирования (повторные операции, полное выпадение тазовых органов, генетически обусловленные ПТО) рекомендуется выполнение операций с применением сетчатых имплантов. Это позволяет уменьшить риски рецидивирования пролапса при повторных операциях, пролапсах 3-й и 4-й степени, при наличии синдрома Элерса-Данло, но в то же время может приводить к таким осложнениям, как протрузии сетчатых имплантов во влагалище, диспареунии, тазовые боли. Такие операции предпочтительно выполнять в специализированных клиниках.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель. Оценить безопасность и эффективность применения сетчатых эндопротезов для хирургической коррекции ПТО у женщин, в частности апикального пролапса, цистоцеле, ректоцеле.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование включено 796 пациенток с симптоматическим ПТО ≥ 2 стадии. Пациенткам была проведена коррекция при помощи сетчатых имплантов Promedon: у 325 был установлен имплант Calistar S, у 434 — Splentis.

Сетчатый протез Calistar S с уникальным плетением и самой низкой плотностью предназначен для хирургической коррекции переднего и апикального ПТО.

Таблица 1. Частота осложнений при хирургической коррекции пролапса тазовых органов при помощи сетчатого импланта Calistar S, %

Показатели	Собственные данные	Данные по РФ	Зарубежные данные
Интраоперационные осложнения			
Интраоперационное кровотечение	0,4	0,3–2,6	0,5–3,2
Ранение мочевого пузыря	0,6	0,9–1,7	0,5–2,8
Ранение прямой кишки	0,15	0,6–1,0	0,3–0,9
Гематомы промежности	2,5	2,1–5,8	1,9–8,5
Поздние послеоперационные осложнения			
Инфицирование импланта	0	0,7–1,2	0–8
Эрозии влагалища	0,9	2,4–5,0	1,5–21
Атония мочевого пузыря	4,5	1,6–4,3	0,4–3,5
Частота рецидивов			
Рецидивы ПТО	0,6	1,5–4,7	1,4–24,6

Таблица 2. Частота осложнений при хирургической коррекции пролапса тазовых органов при помощи сетчатого импланта Splentis, %

Показатели	Собственные данные	Данные по РФ	Зарубежные данные
Интраоперационные осложнения			
Интраоперационное кровотечение	0,8	0,3–2,6	0,5–3,2
Ранение мочевого пузыря	0,5	0,9–1,7	0,5–2,8
Ранение прямой кишки	0	0,6–1,0	0,5–2,8
Гематомы промежности	0,3	2,1–5,8	1,9–8,5
Поздние послеоперационные осложнения			
Инфицирование импланта	0	0,7–1,2	0–8
Эрозии влагалища	0	2,4–5,0	1,5–21
Атония мочевого пузыря	4	1,6–4,3	0,4–3,5
Частота рецидивов			
Рецидивы ПТО	0	1,5–4,7	1,4–24,6

Импантация проводится через один вагинальный разрез передней стенки влагалища. Сетчатый протез Splentis предназначен для хирургической коррекции

апикального пролапса. Импантация проводится через один вагинальный разрез передней или задней стенки влагалища. Осуществлялся мониторинг ранних и поздних

послеоперационных осложнений и нежелательных реакций. Срок наблюдения — до 5 лет после операции.

Результаты. Частоты осложнений при хирургической коррекции ПТО при помощи сетчатого импланта Calistar S представлены в табл. 1, импланта Splentis — в табл. 2.

Результаты показали, что хирургическое лечение ПТО при помощи сетчатых имплантов характеризуется благоприятным профилем безопасности: низкой частотой интра- и послеоперационных осложнений, сопоставимой с частотой по данным отечественных и зарубежных исследований, и низкой частотой рецидивов. Выявленные осложнения не были связаны с типом импланта.

Эффективность хирургического лечения симптоматического ПТО с использованием сетчатых имплантов Calistar S и Splentis с безрецидивным течением на протяжении 5-летнего периода составила 99,4 и 100 % соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическая коррекция с использованием сетчатых имплантов Calistar S и Splentis у женщин с передним или апикальным симптоматическим ПТО является безопасным вмешательством при условии соблюдения правил установки имплантов, высокий уровень владения хирургической техникой снижает риск осложнений до минимума.

Список литературы находится в редакции

Наборы для коррекции пролапса тазовых органов

Promedon
People + Innovation



медицинские партнеры
комплексные решения

Полный цикл услуг
на медицинском рынке

mpamed.ru
info@mpamed.ru
8 (800) 777-83-33

Неудачи ЭКО можно избежать

Г.Б. ДИККЕ, А.А. СУХАНОВ

ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Анализ наблюдений 121 744 женщин в Великобритании, прошедших первый цикл экстракорпорального опло-

дотворения (ЭКО), показал, что риск отсутствия беременности возрастает с увеличением возраста и продолжительности бесплодия, отсутствием предыдущей беременности и диагнозом трубного или мужского фактора бесплодия (Bhattacharya S., 2013).



дотворения (ЭКО), показал, что риск отсутствия беременности возрастает с увеличением возраста и продолжительности бесплодия, отсутствием предыдущей беременности и диагнозом трубного или мужского фактора бесплодия (Bhattacharya S., 2013).

Рецидивирующие неудачи имплантации (РНИ) могут быть связаны с иммунологией, тромбофилиями, микробиомом и рецептивностью эндометрия, анатомическими аномалиями и анеуплоидией эмбриона (Ma J., 2023).

Нарушение микробиома полости матки приводит к хроническому эндометриту (ХЭ), а его длительное течение — к бесплодию, связанному с нарушением имплантации яйцеклетки, как в спонтанных циклах, так и в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с частотой 2,8–5,8 % (Cicinelli E., 2017; Liu Y., 2018).

Исследователи сходятся во мнении, что эффективным методом повышения частоты имплантации в программах вспомогательных репродуктивных технологий является определение наиболее значимой возможной причины бесплодия и выбор индивидуального лечения, направленного на нее

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ

Понимание потенциальной связи между ХЭ, бесплодием и повторными выкидышами пришло не так давно ввиду отсутствия четких критериев верификации диагноза ХЭ. Поэтому ранее в литературе использовались термины «необъяснимое бесплодие»

и нарушением имплантации эмбриона вследствие воспаления, вызванного изменением состава и концентрации иммунных клеток в эндометрии в ответ на персистирующую инфекцию, а также нарушением децидуализации и кровообращения в эндометрии, повышением сократительной активности матки. Однако полученные на текущий

момент данные не подтверждают рутинное использование тестирования на РЭ.

То есть проблема, которую необходимо решить, заключается не в корректровке времени переноса эмбриона,

подготовки эндометрия перед ЭКО для увеличения успешности имплантации эмбриона. И исследования на эту тему продолжаются.

МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ ПЕРЕД ЭКО

В настоящее время исследования, изучающие возможность улучшения репродуктивных исходов у пациенток с ХЭ, направлены на оценку взаимодействия микробиоты эндометрия с иммунной системой и модуляции иммунопатологических процессов как причины нарушений имплантации.

Эффективность ряда иммуномодулирующих средств, используемых за рубежом, была оценена в сетевом метаанализе 16 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) среди пациенток с рецидивирующей неудачей имплантации. Эффективность была наилучшей при внутриматочном введении аутологичных клеток периферической крови (МКПК) в отношении живорождения (ОИШ = 2,35) и аутологичной богатой тромбоцитами плазмы — в отношении частоты имплантации (ОИШ = 2,81) по сравнению с другими средствами (Wang C., 2021). Другой сетевой метаанализ 21 РКИ продемонстрировал схожие оценки в повышении живорождения для МКПК (отношение рисков (ОР) = 2,96), а также для препарата рапамидин (ОР = 3,55) по сравнению с плацебо (Liu M., 2022).

а в выявлении патологии эндометрия, которая требует лечения. Это положение подтверждается улучшением результативности ЭКО с увеличением показателя живорождений при условии разрешения ХЭ.

В проведенном нами исследовании шансы на наступление беременности у пациенток с разрешением ХЭ в результате лечения по отношению к пациенткам с персистенцией были в 1,5 раза выше, а живорождения — в 3,4 раза выше (Суханов А.А., 2023).

Определение рецептивности эндометрия (смещение «окна имплантации») для определения времени переноса эмбрионов во время ЭКО не приводит к увеличению частоты живорождений

ЭКО КАК ВАРИАНТ ПРЕОДОЛЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

Частота применения ВРТ в мире колеблется от 237 до 1250 циклов на 100 тыс. женщин в возрасте 15–44 лет ежегодно. Успешность ВРТ в России (Центральный федеральный округ) независимо от причин бесплодия по показателю наступления клинической беременности, подтвержденной УЗИ, составляет в среднем 31,5 % с разбросом от 20,2 до 40,9 %, при этом за пороговое значение эффективности принят показатель 30 % (Мальшикина А.И., 2019). Эффективность ЭКО у пациенток с ХЭ не превышает 30 % за цикл лечения, а в возрасте 37 лет и старше вероятность наступления беременности и живорождения в 2,6 раза ниже (Бейк Е.П., 2018; Yasuo T., 2022). Это диктует необходимость

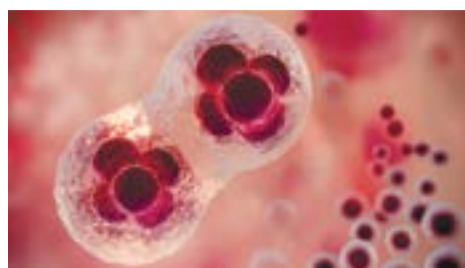
изменений при ХЭ, повышения эффективности лечения. Из них 8 статей посвящены изучению эффективности комплекса экзогенных антимикробных пептидов и цитокинов (Суперлимф), являющегося средством, получаемым из МКПК (лейкоцитов крови свиней). В исследованиях показано его положительное влияние на элиминацию возбудителей, частоту разрешения ХЭ, экспрессию определенных генов и частоту наступления беременности.

ИММУНОМОДУЛЯТОР ТОПИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СУПЕРЛИМФ В ПОДГОТОВКЕ К ЭКО

В программах ВРТ с криопереносом комплексная терапия с использованием Суперлимфа на прегравидарном этапе способствует увеличению шансов на наступление беременности в 1,5 раза, живорождения —

в 2 раза, а также снижению риска выкидыша в ранние сроки, преждевременных родов и рождения маловесных детей, преэклампсии — в 2 раза по сравнению с терапией без него, гипоксии и задержки роста плода — в 3 раза, антенатальной гибели плода — в 6,7 раза (Суханов А.А., 2023). Дополнительный анализ показал, что успех ЭКО увеличивается после лечения ХЭ: при условии его разрешения клиническая беременность диагностирована у 70,3 % против 6,2 % при персистирующем ХЭ, живорождений — 52,1 % против 2,4 % соответственно, $p < 0,0001$. Успешной оказалась подготовка с помощью Суперлимфа и пациенток с продолжительностью бесплодия более 5 лет: клиническая беременность наступила у 65,8 % пациенток, получавших данное средство, против 46,1 % без него, равно как и частота живорождений — 50,9 % против 18,8 % соответственно, $p < 0,001$. Включение Суперлимфа в комплексную терапию у этой категории пациенток способствовало увеличению в 1,5 раза шансов наступления беременности в программах ЭКО, и в 2,8 раза выше были шансы на живорождение.

Рекомендации ESHRE (2023) по надлежащей практике в отношении рецидивирующей неудачи имплантации предлагают практиковать индивидуальный подход к каждой пациентке (супружеской паре), у которой перенос эмбрионов не приводит к наступлению



беременности, и после более чем двух неудачных попыток ЭКО ставить вопрос о дополнительном обследовании и лечении, если индивидуальный прогноз успешного вмешательства низкий. В настоящее время доступен онлайн-калькулятор на основе нейросетевой технологии для прогноза успешного ЭКО у пациенток, прошедших лечение ХЭ и желающих забеременеть (<https://pentcroft.ru/informaciya/kalkulyatory/ishody-eko.-prognoz/>). Рассчитанная точность прогноза составляет 97,9 %. В процессе тестирования на выборке пациенток, состоявшей из 57 человек, процент неверных предсказаний составил всего 5,3 % (Суханов А.А., 2024).

Рекомендуемая схема терапии пациенток с бесплодием, обусловленным ХЭ, на прегравидарном этапе включает: Суперлимф 25 ЕД вагинально в течение 20 дней в комплексе с антибиотиками (1 курс) и гестагеном в циклическом режиме с последующим повторным курсом приема Суперлимфа по той же схеме через 1–1,5 месяца (прием гестагена продолжают до наступления беременности, но не более 6 месяцев) (уровень доказательности и убедительности рекомендаций — 1а, В)

ОДИН — ХОРОШО, А ДВА — ЛУЧШЕ

Оценка динамики показателей лазерного конверсионного тестирования с помощью спектрометра ФОТОН-БИО (Суханов А.А., 2024) в зависимости от количества курсов лечения с использованием Суперлимфа показала, что индекс патологии, свидетельствующий о наличии воспалительного процесса в эндометрии, достигал референсных значений уже после первого курса лечения.

Однако, как ранее показали результаты ЭКО, разрешение ХЭ еще не гарантирует успешного наступления беременности. После двух курсов лечения с помощью комплекса Суперлимф пролиферативная активность и насыщение кислородом эндометрия достигли референсных значений и были статистически значимо выше по сравнению с пациентками, получавшими один курс, и сопоставимы с теми, кто получал три и четыре

курса. То есть дополнительные курсы лечения не оказывали статистически значимого влияния на эти показатели. Структура же эндометрия по показателю индекса структурированности восстанавливалась в среднем после четвертого курса.

На основании полученных данных об исходах криопереноса (наступление беременности и живорождение) можно сделать вывод об эффективности подготовки эндометрия к эмбриотрансферу двумя курсами терапии комплексом Суперлимф с интервалом 1–1,5 месяца. Применение 3–4 курсов терапии показано тем пациенткам, у которых не достигнуты референсные значения показателей спектрометрии после второго курса, такая тактика может способствовать увеличению результативности ЭКО еще на 20–30 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оценка состояния эндометрия и принятие обоснованного решения о проведении ЭКО или необходимости продолжить лечение (дополнительные 2–3 курса применения комплекса Суперлимф) позволяют повысить его результативность и добиться наступления беременности у 83,8 % пациенток и живорождения — у 72,1 % (при установленном на сегодняшний день пороговом значении эффективности ЭКО в 30 %).

Список литературы находится в редакции

30 ЛЕТ

научных исследований

БОЛЕЕ 150

научных работ
www.dissercart.com

БОЛЕЕ 18 ЛЕТ

клинической практики

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

- Снижает рецидивы хронических заболеваний¹
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием^{1,2}
- Ликвидирует воспаление, активизирует репаративные процессы, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы³
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*⁴



РУ ЛС 000148 от 30.09.2021



реклама

ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСЛОЖНЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ¹.

Больше информации на сайте:

www.superlimf.ru



ООО «ЦИ «ИммуноХелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербакоская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

1. Инструкция по медицинскому применению
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баркевич О.А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) in vitro". //Журнал ЖМЭИ. - 2005. - №1 - С.57-60.
3. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Никанкина Л.В., Долгина Е.Н., Щегловитова О.Н. "От аутолимфокинотерапии к контролируемому препарату к омплекса цитокинов - Суперлимфу."//Аллергия астма и клиническая иммунология. - 2001 - №6 - С. 28-33.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты." //Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.

Ответственность врача:

Деятельность врачей напрямую связана с самыми большими ценностями в нашем мире — с жизнью и здоровьем человека. Немудрено, что она находится под особым контролем государства. Именно поэтому каждый шаг медицинского работника должен быть взвешенным. В условиях повышения уровня правосознания увеличивается вероятность того, что пациент обратится за защитой своих прав. А значит, в случае их нарушения врачу придется нести ответственность.

5 ВИДОВ ответственности,



1.

УГОЛОВНАЯ

Уголовная ответственность предусмотрена исключительно нормами Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ).

Ст. 109 УК РФ.
Причинение смерти по неосторожности

Ст. 118 УК РФ.
Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности

Ст. 122 УК РФ.
Заражение ВИЧ-инфекцией

Ст. 123 УК РФ.
Незаконное проведение искусственного прерывания беременности

МАКСИМАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ — ВКЛЮЧАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДЕЯНИЯ С ОТЯГЧАЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ

Лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Ст. 124 УК РФ
Неоказание помощи больному

Ст. 128 УК РФ
Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях

Ст. 153 УК РФ
Подмена ребенка

МАКСИМАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ — ВКЛЮЧАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДЕЯНИЯ С ОТЯГЧАЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ

Лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок до 5 лет со штрафом в размере до 200 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 18 месяцев.

Ст. 155 УК РФ
Разглашение тайны усыновления (удочерения)

Ст. 229 УК РФ
Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества

Ст. 235 УК РФ
Незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности

МАКСИМАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ — ВКЛЮЧАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДЕЯНИЯ С ОТЯГЧАЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ

Арест на срок до 4 месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок от 15 до 20 лет со штрафом в размере до 1 000 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 5 лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до 2 лет.

Лишение свободы на срок до 5 лет.

Ст. 286 УК РФ
Превышение должностных полномочий

Ст. 290 УК РФ
Получение взятки

Ч. 2 ст. 293 УК РФ
Халатность — неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей, повлекшее причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека

МАКСИМАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ — ВКЛЮЧАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДЕЯНИЯ С ОТЯГЧАЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ

Лишение свободы на срок до 10 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Лишение свободы на срок до 15 лет со штрафом в размере до 70-кратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 15 лет.

Принудительные работы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового, либо лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

от прогула до подлога

Карина Рябина, юрист

Памятка врачу
об основных нарушениях
прав пациентов
и об ответственности,
грозящей за такие
нарушения

которую можно применить к медицинскому работнику

2. АДМИНИСТРАТИВНАЯ

● Ст. 6.1 КоАП
Соккрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения

●● Ст. 6.2 КоАП
Незаконное занятие народной медициной

●●● Ст. 6.3 КоАП
Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

●●●● Ст. 6.8 КоАП
Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества

МАКСИМАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ СТАТЬЕЙ

- Наложение административного штрафа в размере до 1000 рублей.
- Наложение административного штрафа в размере до 4000 рублей.
- Наложение административного штрафа на граждан в размере до 500 рублей; на должностных лиц — до 1000 рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, — до 1000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток; на юридических лиц — до 20 000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.
- Наложение административного штрафа в размере до 5000 рублей или административный арест на срок до 15 суток.

●● Ст. 6.29 КоАП
Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

●● Ст. 6.32 КоАП
Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности

●●● Ст. 13.14 КоАП
Разглашение информации с ограниченным доступом

●●●● Ст. 14.1 КоАП
Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии)

●●●●● Ст. 14.4 КоАП
Продажа товаров, выполнение работ либо оказание населению услуг ненадлежащего качества или с нарушением установленных законодательством Российской Федерации требований

МАКСИМАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ СТАТЬЕЙ

- Наложение административного штрафа в размере до 20 000 рублей либо дисквалификация на срок до 6 месяцев.
- Наложение административного штрафа на граждан в размере до 5000 рублей; на должностных лиц — до 30 000 рублей; на юридических лиц — до 150 000 рублей.
- Наложение административного штрафа на граждан в размере до 1000 рублей; на должностных лиц — до 5000 рублей.
- Наложение административного штрафа на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, в размере до 8000 руб. или приостановление деятельности на срок до 90 суток; на должностных лиц — до 10 000 руб.; на юридических лиц — до 200 000 руб. или приостановление деятельности на срок до 90 суток.
- Наложение административного штрафа на граждан в размере до 5000 руб.; на должностных лиц — до 15 000 руб. либо дисквалификация на срок до 1 года; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, — до 30 000 руб. с конфискацией предметов административного правонарушения; на юридических лиц — до 50 000 руб. с конфискацией предметов административного правонарушения.

3. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ

Предусмотрена нормами гражданского законодательства России, в том числе — Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК РФ). Приводим некоторые положения.

- Ответственность, возникающая из договорных отношений, например убытки (ст. 15, 393 ГК РФ).
- Возмещение вреда — ст. 1095 ГК РФ.
- Возмещение морального вреда (ст. 1099–1101 ГК РФ).

РАБОТОДАТЕЛЬ МОЖЕТ ПРИМЕНИТЬ К РАБОТНИКУ:

- дисциплинарную ответственность — предусмотрена нормами Трудового кодекса Российской Федерации (ТК РФ). Применяется к работнику ввиду неисполнения или ненадлежащего исполнения им своих обязанностей, прописанных в трудовом договоре и локальных актах организации (4);
- материальную ответственность — устанавливается ТК РФ, гл. 39 (5).

4. ДИСЦИПЛИНАРНАЯ

За одно нарушение работнику можно вменить только одно взыскание:

- замечание;
- выговор;
- увольнение.

Регулируется статьями 192–193 ТК РФ, где изложены основания для применения дисциплинарного взыскания и, что самое важное, — процедура его применения к работнику.

5. МАТЕРИАЛЬНАЯ

Ограниченная материальная ответственность (ст. 241 ТК РФ): за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом или иными федеральными законами.

Полная материальная ответственность (ст. 242 ТК РФ — извлечение): «Полная материальная ответственность работника состоит в его обязанности возмещать причиненный работодателю прямой действительный ущерб в полном размере. Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба может возлагаться на работника лишь в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом или иными федеральными законами». Эти случаи перечислены в ст. 243 ТК РФ.

Сила — в комплексном подходе

В Екатеринбурге с 4 по 7 сентября 2024 года прошла XXXIV ежегодная международная конференция РАРЧ «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Большой интерес профессиональной аудитории вызвало секционное заседание «Новые подходы к лечению бесплодия и грамотному ведению беременности после ВРТ», прошедшее при поддержке ООО «Др. Реддис Лабораторис». Ведущие отечественные эксперты затронули широкий спектр остро актуальных вопросов. Предлагаем дайджест выступлений.



Алексей Михайлович ЩЕЛОЧКОВ

ГЕНЕТИКА И НЕ ТОЛЬКО...

«Современная генетика для рождения здоровых детей» — так назвал свой доклад врач-генетик, старший преподаватель кафедры репродуктивной медицины, клинической эмбриологии и генетики ИПО СамГМУ, заведующий лабораторией молекулярно-генетической диагностики поликлиники № 1 АО «Медицинская компания ИДК» Алексей Михайлович Щелочков. В начале выступления спикер обратил внимание собравшихся на необходимость максимально ранней оценки генетических особенностей пациентов, входящих в программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Роль генетики на современном этапе включает выявление пар с повышенным генетическим риском. При этом используется преимплантационное генетическое тестирование на анеуплоидии, позволяющее верифицировать у эмбриона наличие популяционно-частых хромосомных aberrаций, а также преимплантационная генетическая диагностика для выявления «семейных» мутаций. Такой комплекс мер позволяет обеспечить отбор эмбриона с наибольшей вероятностью рождения здорового ребенка. Однако, вмешиваясь в столь важную сферу, необходимо понимать, что управление клеточным делением и профилактика «ошибок» связаны не с изменением последовательности генов, а с эпигенетическими модификациями.

Период критического органогенеза — I триместр гестации. По данным ВОЗ, именно на этом этапе происходит прерывание 15–20 % беременностей. В связи с этим важное значение приобретает прегравидарная подготовка пациенток. Так, спикер обратил внимание на доказанный протективный эффект фолатов в снижении случаев врожденных пороков развития (ВПР) плода. Эффективность профилактического приема нутриента основана на участии фолатов в процессах синтеза и эпигенетического регулирования ДНК и экспрессии генов.

Также важно участие фолатов в процессах клеточного деления при метили-

ровании белков и фосфолипидов клеточных мембран. Фолиевая кислота и ее производные участвуют во множестве метаболических процессов организма, таких как регенерация тканей, гемопоэз, иммунный ответ, синтез аминокислот и нуклеотидов, в том числе и в процессе эмбриогенеза. По данным Самарского областного медико-

подтвердить, что метафолин и другие метаболиты фолиевой кислоты имеют разные точки приложения. Именно поэтому наиболее действенной стратегией становится комплексное применение этих веществ. При этом активный метафолин препятствует реализации эффектов гомоцистеина, а синтетическая фолиевая кислота служит источ-



генетического центра, после активного введения в регионе «фолатной профилактики» частота таких пороков развития, как дефект нервной трубки (ДНТ) плода, снизилась, но в последние 10 лет столь же отчетливой динамики не наблюдается. Свидетельствует ли это о том, что профилактических мер в современных условиях недостаточно? Докладчик отметил, что одной из причин может стать достаточно распространенный полиморфизм фермента метилтетрафолатредуктазы (MTHFR).

В двойном слепом рандомизированном контролируемом исследовании 144 участницы ежедневно принимали 400 мкг фолиевой кислоты, 416 мкг активного метаболита фолиевой кислоты — метафолина (5-МГТФ), 208 мкг 5-МГТФ или плацебо. Концентрации общего гомоцистеина и фолиевой кислоты в плазме крови измеряли в начале исследования и с интервалом в 4 недели. Авторы работы пришли к выводу, что 5-МГТФ оказался адекватной альтернативой фолиевой кислоте в снижении концентрации гомоцистеина. Прием 416 мкг 5-МГТФ был не более эффективным, чем 208 мкг.

Тем не менее вопрос эффективной дозы фолатов — далеко не праздный. Многолетние исследования позволили

уточнить, что метилирование играет ключевую роль в образовании сперматогониев и дифференциации. Обнаружена достоверная связь между ошибками при метилировании, нарушенным сперматогенезом и влиянием на эмбриональное развитие.

Кроме того, метилирование играет ключевую роль в образовании сперматогониев и дифференциации. Обнаружена достоверная связь между ошибками при метилировании, нарушенным сперматогенезом и влиянием на эмбриональное развитие.

Правильный клинический подход — оценка фолатного статуса и генетических нарушений с последующим подбором эффективного комплекса препаратов.



Елена Николаевна КАРЕВА

В РАМКАХ ЗАКОНА

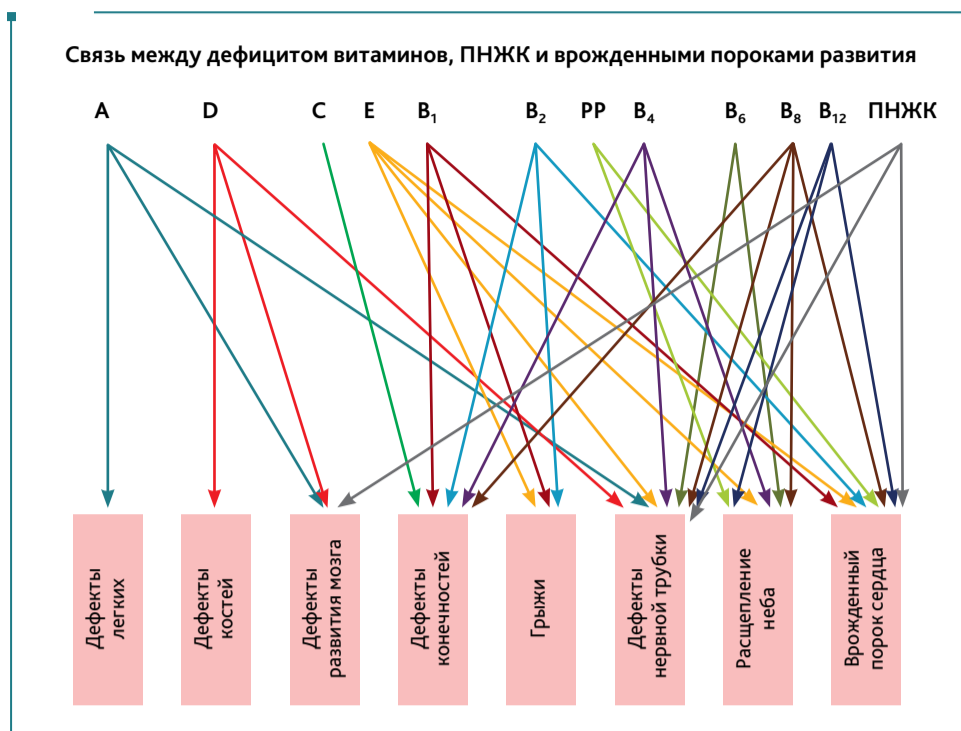
О нюансах законодательной базы медицинского назначения БАД в своем выступлении рассказала д.м.н., профессор кафедры молекулярной фармакологии и радиобиологии МБФ ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, профессор

кафедры фармакологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России Елена Николаевна Карева. Она отметила, что рацион современного человека не может полностью обеспечить потребности организма в витаминах и минералах, что особенно явно проявляется в период гестации. По данным НИИ питания, в России недостаток витаминов группы В выявляется у 30–40 % беременных, витамина С — у 70–80 %, каротиноидов и фолатов — у более чем 40 %, полигиповитаминозы — у 70–80 %. Также среди этих пациентов широко распространен алиментарный дефицит магния, кальция, железа, йода, селена, цинка.

При выборе мер компенсации дефицитных состояний у беременных врачу следует опираться на Федеральный закон № 323. Спикер процитировала ст. 23 закона: «Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о рациональных нормах питания». К этой категории можно отнести и БАД. Еще один документ, регламентирующий вопросы ведения беременных, в том числе на прегравидарном этапе, — «Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"». До сих пор вопрос законодательного регулирования применения этой группы средств остается весьма дискуссионным. Изменить ситуацию призван новый законопроект, одобренный в октябре текущего года и призванный разрешить врачам назначать БАД пациентам и выписывать на них рецепт.

Высокая частота полигиповитаминозов среди беременных и кормящих служит основанием для применения комбинированных форм витаминов и минералов. Российское общество акушеров-гинекологов в качестве таких комплексов рекомендует «Фембион 1», «Фембион 2», обеспечивающие адекватную коррекцию фолатного статуса с доказанным клиническим эффектом.

Большое внимание докладчик уделила холину — веществу, без которого сложно представить рост, пролиферацию и функционирование клеток, транспорт макронутриентов через плаценту, поддержку миелинопластичности. Именно нарушение способности плаценты доставлять питательные вещества плоду служит одной из причин формирования задержки его роста. Холин необходим для закрытия нервной трубки на ранних сроках беременности, а также позднее, когда развиваются гиппокамп и другие отделы головного мозга. Недостаточное присутствие этого нутриента в рационе беременной может иметь неблагоприятные последствия для новорожденного в дальнейшем в виде ухудшения долговременной потенции синапсов, снижения памяти и других когнитивных способностей. Новая формула «Фембион 1» содержит холин в дозе 130 мг.



Александра
Юрьевна
ХРАМЦОВА

ТРУДНАЯ ИСТОРИЯ — НЕ ПОВОД ОПУСКАТЬ РУКИ

Ведению пациенток с неудачными попытками ЭКО посвятила свое выступление репродуктолог, акушер-гинеколог клинического госпиталя «Лапино» Александра Юрьевна Храмова. Спикер перечислила основные признаки «трудных» пациенток в практике репродуктолога. В частности, это женщины, у которых отсутствует ответ на стимуляцию яичников и, соответственно, не получены ооциты. Кроме того, к такой категории могут быть причислены пациентки, у которых на эмбриологическом этапе программ ВРТ не происходит оплодотворение, а на этапе подготовки к переносу не наблюдается рост эндометрия. Наконец, на посттрансферном этапе могут отсутствовать имплантация, клиническая беременность или возникает невынашивание. В числе решений столь непростой задачи, помимо смены протокола ВРТ, эксперт отметила необходимость внедрения концепции «антиоксидантной терапии» супружеской пары.

Один из главных физических факторов, способствующих успешному зачатию и вынашиванию, — качество ооцитов. Оптимальная двигательная активность, контроль массы тела, исключение токсического влияния никотина, правильное питание и поддержка микронутриентного баланса — важнейшие составляющие оптимизации качества ооцитов. Недавно опубликованы результаты систематического анализа 4925 публикаций по фармакологии

холина у беременных, что позволило описать молекулярные механизмы действия нутриента, в том числе участие в поддержании функции сосудов плаценты, роль в профилактике ВПР.

Докладчик поделилась со слушателями своим профессиональным взглядом репродуктолога на применение пациентками витаминно-минерального комплекса «Фемибийон 1». Состав препарата отвечает самым высоким требованиям репродуктивной медицины:

- метафолин препятствует реализации эффектов гомоцистеина;
- фолиевая кислота обеспечивает профилактику ДНТ плода;
- йод профилактирует нарушения нейрогенеза;
- холин повышает качество ооцитов;
- витамин С снижает проявления оксидативного стресса.



Ирина
Владимировна
ДАНЬКОВА

НЕУДАЧИ КАК ВЫЗОВ

Ирина Владимировна Данькова, к. м. н., представляющая Уральский НИИ охраны материнства и младенчества, сделала доклад на тему «Ведение беременных пациенток после неудачных попыток ЭКО». Спикер отметила основные принципы поддержки беременности после ВРТ. Важно на ранних этапах гестации оценить все те препараты, которые пациентке назначали в программе ВРТ, в мягком режиме отменить эстрогены, а прием прогестерона регулировать в базовых дозах до первого скрининга. Следует помнить, что высокий риск формирования ВПР плода может

быть ассоциирован с нехваткой любого витамина: дефицит тиамина, рибофлавина, ниацина, пиридоксина, мио-инозитола, фолатов и цианокобаламина нарушает процессы роста тканей и отрицательно сказывается на развитии плода. Для оптимизации лечения и профилактики нутриентной недостаточности ВОЗ предложила специальную формулу витаминно-минеральных комплексов UNIMAP. В ней прописано, какие витамины и минералы, в каких пропорциях и дозах должны входить в состав

препарата для беременных (линейка средств «Фемибийон» в полной мере соответствует этим критериям).

Эксперт подчеркнула, что только комплексный подход к ведению пациенток, особенно участвующих в программах ВРТ, учет нюансов каждого периода беременности и потребностей организма во время лактации позволят достичь самой главной цели — рождения желанного младенца и сохранения здоровья матери и ребенка в долгосрочной перспективе. 🌸

Обновленная формула

Тройная комбинация фолатов и холина для снижения рисков ВПР и акушерских осложнений*

Поддержите здоровье новой жизни

Теперь с холином

Без добавления фолатов | С добавлением фолатов

www.femibion.ru

*Обновленный состав Фемибийон® 1, в отличие от предыдущего, включает холин, витамин Д3, железа бисглицинат и др. (см. листок-вкладыш по Фемибийон® 1). Инструкция к применению Фемибийон® 1. Probst Y, Sulistyoningrum DC, Netting M, Gould JF, Wood S, Makrides M, et al. Estimated Choline Intakes and Dietary Sources of Choline in Pregnant Australian Women. Nutrients. 2022; 14:3819.

РЕКЛАМА

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

По данным НИИ питания, в России недостаток витаминов группы В выявляется у 30–40 % беременных, витамина С — у 70–80 %, каротиноидов и фолатов — у более чем 40 %, полигиповитаминозы — у 70–80 %



Леонид
Юльевич
МОРГУНОВ

Д.м.н., профессор ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева ДЗМ», Москва

Сахарный диабет у беременных. Метформин в действии

Сахарный диабет (СД) встречается у беременных с частотой 6–9 %, причем гестационный СД (ГСД) составляет более 90 % подобных случаев. Насколько оправданно применение метформина у таких пациенток?

ГСД и СД 2-го типа — распространенные проблемы в практике акушера-гинеколога. Их осложнения могут оказывать негативное влияние как на мать (артериальная гипертензия, преэклампсия, повышение риска кесарева сечения), так и на плод (макросомия, дистоция плечиков, респираторный дистресс-синдром, гипогликемия, ожирение и СД).

Для достижения нормогликемии рекомендуют диету и физическую активность, а при отсутствии эффекта традиционно используют инсулин. Однако он требует ежедневных многократных инъекций, может вызывать гипогликемию и обязывает к осторожному обращению. Поэтому в последние годы все большую популярность в терапии ГСД приобретают пероральные сахароснижающие препараты (ПССП), такие как метформин и глибенкламид (глибурид).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕТФОРМИНОМ СД 2-ГО ТИПА У БЕРЕМЕННЫХ

Предпочтительное лечение

Рекомендации по лечению СД у беременных за последние годы изменились. Было подтверждено, что инсулин, не проникающий через плаценту, имеет установленный профиль безопасности, и потому он считается препаратом первой линии для таких пациенток. Метформин и глибурид также показали относительную безопасность при беременности. Что касается исходов для матери и плода, метформин превосходит глибурид и по профилю безопасности эквивалентен инсулину. Тем не менее назначать его следует с осторожностью, поскольку отсутствуют данные длительных наблюдений за детьми матерей, получавших его во время беременности.

В течение ряда лет применение метформина у беременных ограничивалось конкретными географическими регионами, в частности Южно-Африканской Республикой, но рандомизированное клиническое исследование, проведенное J.A. Rowan с соавт. в 2008 году, изменило медицинскую практику во многих странах. В этом исследовании 751 женщину с ГСД рандомизировали на прием метформина или лечение инсулином. Первичная конечная точка включала совокупность неонатальной гипогликемии (менее 2,6 ммоль/л), респираторный дистресс-синдром, необходимость в фототерапии, балл по шкале Апгар ниже 7 или преждевременные роды (до 37 недель) и не отличалась в двух группах — получавших метформин и инсулин. Вторичные конечные

точки, включавшие массу тела при рождении, антропометрические показатели новорожденных и младенцев с массой тела более 90-й перцентили, также были эквивалентны. Однако показатели более тяжелой гипогликемии (ниже 1,6 ммоль/л) были ниже в группе метформина по сравнению с получавшими инсулин.



В последние годы во многих странах все большую популярность в терапии ГСД приобретает метформин. Однако Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) не рекомендует беременным прием данного препарата ввиду малой изученности его воздействия на плод

Тем не менее важно отметить, что метформин может проникать через плаценту и циркулировать в крови развивающегося плода. Недавние исследования показали, что концентрация препарата в пуповинной крови колеблется от половинной до почти такой же, как и в материнской плазме. Поскольку метформин обладает антипролиферативным и антиапоптотическим эффектами, существуют опасения по поводу его использования на ранних сроках беременности, а текущие клинические исследования ограничены размером выборки, отсутствием контроля или коротким периодом наблюдения.

Австралийский опыт

В Северной Австралии распространенность СД 2-го типа при беременности в 10 раз выше у аборигенов, чем у некоренных австралийцев, и использование метформина при беременности здесь — обычная практика.

В многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании GRow оценивали влияние метформина на мать и новорожденного в дополнение к рекомендациям по диете и образу

жизни беременных с избыточной массой тела и ожирением. Участницы (n = 514) на сроке 10–20 недель беременности с ИМТ 25 кг/м² или выше были набраны из трех медицинских центров Австралии и случайным образом распределены (1:1) на принимающих метформин (в максимальной дозе 2000 мг в день) или плацебо. Первичной конеч-

матерей между группами существенно не различались. Почти одинаковое число женщин в обеих группах (76 % в группе метформина и 73 % в группе плацебо) сообщили о побочных эффектах, включая тошноту, диарею и рвоту. Произошло два мертворождения в группе плацебо и одно — в группе метформина. Для беременных с избыточной массой тела или ожирением метформин, назначаемый в дополнение к рекомендациям по диете и образу жизни на сроке 10–20 недель, не ухудшил результаты беременности и родов. Метаанализ двух рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), проведенных в 2019 г., подтвердил, что метформин снижает прибавку в весе у беременных с ожирением.

Метформин может быть адъювантной терапией к существующим антенатальным стратегиям у беременных с избыточным весом, направленным на снижение выработки в печени глюкозы, улучшение ее усвоения клетками гладких мышц и, следовательно, метаболического контроля в период гестации.

Смена стандартов

J.M. Dodd с соавт. (2018) провели поиск в базах данных Кокрейновской библиотеки, Международной платформы регистрации клинических исследований (ICTRP) Всемирной организации здравоохранения. Ни в одном из исследований не было анализа историй женщин с ИМТ от 25 до 29,9 кг/м², поэтому не оценивалось применение метформина у полных пациенток. Все исследования представляли собой РКИ, в которых метформин сравнивали с плацебо (и то и другое будущие мамы получали с начала II триместра беременности). Дозы варьировали от 0,5 г 2 раза в день до 3,0 г в день. Первичной конечной точкой одного из РКИ была масса тела младенцев более 90-й перцентили. Женщины, принимавшие метформин или плацебо, имели аналогичный риск рождения крупного для гестационного возраста ребенка. У получавших метформин может наблюдаться несколько меньший прирост веса во время беременности (средняя разница 2,60 кг; 95 % ДИ 5,29–0,10; три исследования; 899 женщин; низкий уровень доказательности).

Метформин может незначительно влиять на снижение риска развития гестационной гипертензии и преэклампсии. В одном из исследований сообщалось о нежелательных явлениях (НЯ) у получавших метформин по сравнению

ной точкой была доля детей с весом при рождении более 4000 г. Вторичные конечные точки включали увеличение массы тела и здоровье матери, рацион ее питания, физическую активность, результаты беременности и родов, качество жизни и эмоциональное благополучие женщины, а также здоровье детей после рождения.

Средний гестационный срок при вступлении в исследование составлял 16–29 недель, а средний ИМТ — 32 кг/м² (28,90–37,10 кг/м²). Не отмечалось значимого различия в пропорции младенцев с массой тела при рождении более 4000 г: 40 (16 %) в группе метформина против 37 (14 %) в группе плацебо. У получавших метформин средняя еженедельная прибавка в весе была ниже (скорректированная средняя разница от –0,08 кг, 95 % ДИ от –0,14 до –0,02; p = 0,007), как и набор массы тела был ниже рекомендованного (95 % ДИ 1,10–1,94; p = 0,008).

Общее увеличение веса во время беременности, исход ее и родов, питание, физическая активность, качество жизни и эмоциональное благополучие

с группой плацебо (боль в голове или животе, диарея). При рассмотрении отдельных НЯ у получавших метформин вероятность диареи была выше, чем в группе плацебо. Других различий между группами метформина и плацебо для вторичных конечных точек у матери, включая частоту кесарева сечения, роды на сроке до 37 недель беременности, дистоцию плечиков, разрыв промежности или послеродовое кровотечение, не отмечалось. Что касается исходов у детей, то разница в весе при их рождении была незначительной или отсутствовала. В этом обзоре не выявлялось других важных различий для вторичных конечных точек у детей (гипогликемия, гипербилирубинемия, мертворождение и смерть новорожденного).

МЕТФОРМИН — ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ТЕРАПИИ ГСД

Необходимость в большом количестве инъекций инсулина вызывает массу неудобств у женщин с ГСД, отсюда у ученых и клиницистов повышенное внимание к метформину. Если ранее золотым стандартом считался инсулин, то теперь Национальный институт здравоохранения и качества медицинской помощи Великобритании рекомендует метформин как препарат первой линии выбора при лечении ГСД, что обосновано рядом исследований.

S.J. Christian с соавт. (2018) оценили безопасность и эффективность использования метформина в сравнении с инсулином у 121 женщины с ГСД на Ближнем Востоке. У 107 из них роды были срочными. 90 (84 %) беременных получали метформин, 32 % будущих матерей потребовалось дополнительное лечение инсулином. Наблюдалась значительная разница в весе (в среднем 207 г; $p = 0,04$) при рождении детей в пользу метформина по сравнению с группой инсулина. Значимой разницы в материнской или неонатальной заболеваемости между группами отмечено не было. Таким образом, метформин был признан безопасным, практичным и экономически эффективным препаратом для данной когорты.

Его эффективность в регулировании уровня гликемии и исходов у плода при ГСД сравнивали с таковой у инсулина N. Ghomian с соавт. (2019). Это РКИ включало 286 беременных с диагнозом ГСД, установленным на 24–28-й неделе гестации. Участниц РКИ случайным образом разделили на две группы по 143 женщины: первая получала инсулин, другая — метформин. Возраст матери, ИМТ, СД в семье в анамнезе, предыдущий анамнез ГСД, уровень гликемии натощак, одно- и двухчасовая постпрандиальная гликемия и тест толерантности к глюкозе до лечения статистически не различались между группами. Постпрандиальная и тощачовая гликемия, уровни HbA1c также не продемонстрировали значимых различий после завершения курса лечения. То же самое относится к методу родоразрешения, причинам кесарева сечения, травмам при рождении, оценке по шкале Апгар, массе тела при

рождении, госпитализации в отделение интенсивной терапии новорожденных и гипогликемии у них. Таким образом, метформин можно рекомендовать в качестве эффективной замены инсулина при лечении ГСД.

ДВОЙНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ: МЕТФОРМИН ПРИ СПКЯ У БЕРЕМЕННЫХ

У женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) высок риск осложнений беременности. Анализ двух РКИ, в которых сравнивали метформин с плацебо у беременных с СПКЯ, показал значительное снижение частоты поздних выкидышей и преждевременных родов в группе метформина. Целью еще одного РКИ, проведенного в 14 стационарах Норвегии, Швеции и Исландии, была проверка гипотезы о том, что метформин предотвращает поздний выкидыш и преждевременные роды у женщин с СПКЯ. В исследование включались беременные с СПКЯ в возрасте 18–45 лет. Участницы были случайным образом распределены (1:1) в группы метформина или плацебо (244 и 243 пациентки соответственно). Метформин (500 мг 2 раза в день) или плацебо назначались в течение первой недели лечения, со второй недели до родов доза препарата составляла 1000 мг 2 раза в день. Первичной конечной точкой была совокупная частота поздних выкидышей (между 13-й и 22-й неделями) и преждевременных родов (между 23-й и 36-й неделями). Вторичные конечные точки включали частоту ГСД, преэклампсию, гестационную гипертензию и поступление новорожденного в отделение интенсивной терапии. Исследование проводилось с 2012 по 2017 год. Поздний выкидыш и преждевременные роды произошли у 12 (5 %) из 238 женщин в группе метформина и у 23 (10 %) из 240 беременных в группе плацебо. Не было выявлено существенных

различий во вторичных конечных точках, включая частоту ГСД — 60 (25 %) из 238 женщин в группе метформина против 57 (24 %) из 240 участниц в группе плацебо. Не отмечалось существенных различий между группами в отношении серьезных побочных эффектов ни у матерей, ни у детей.

В последующем объединенном анализе данных из представленного исследования и двух предыдущих РКИ у 18 (5 %) из 397 женщин произошел поздний выкидыш или преждевременные роды в группе метформина по сравнению с 40 (10 %) из 399 женщин в группе плацебо. Авторы предположили, что у беременных с СПКЯ лечение метформином с конца I триместра до родов может снизить риск позднего выкидыша и преждевременных родов, но не предотвращает развитие ГСД.

В 2014 году был проведен метаанализ, посвященный применению метформина у 351 женщины с СПКЯ. При лечении метформином роста числа врожденных аномалий не отмечалось. В ряде других исследований у женщин с СПКЯ, получавших метформин, общая частота основных аномалий составила 0,6 % в выборке из 517 пациенток, прекративших его прием после зачатия или диагностики беременности, и 0,5 % — в выборке из 634 женщин, получавших метформин в течение I триместра беременности. Использование препарата, по-видимому, является нейтральным в отношении частоты выкидышей, хотя ряд исследователей сообщают о снижении их количества, особенно при комбинации с кломифеном, применяемым для индукции овуляции, по сравнению с плацебо.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТФОРМИНА У БЕРЕМЕННЫХ С СД 1-ГО ТИПА

Гликемический контроль у беременных с СД 1-го типа обеспечивается только

инсулином, и частота неблагоприятных перинатальных исходов остается высокой. Растет доказательная база безопасности использования метформина в период гестации. Тем не менее такие исследования у беременных с СД 1-го типа отсутствуют. F. Ping с соавт. (2019) оценивали метаболический контроль и перинатальные исходы у 38 беременных с СД 1-го типа в китайской популяции и изучали роль метформина с 2006 по 2018 год. Ретроспективно оценивали перинатальные исходы у пациенток с СД 1-го типа, которым добавляли метформин в качестве дополнительного лечения, и у тех, кто остался исключительно на инсулинотерапии. Избыточный вес был обычным явлением (35,1 %) у беременных с СД 1-го типа. Во время беременности доза инсулина увеличивалась в среднем на $35,30 \pm 22,60$ ЕД/сут. Частота кесарева сечения была высокой (65,8 %), а основной его причиной оказывалась макросомия плода. Снижение уровня HbA1c в группе «метформин — инсулин» было более выраженным, чем у получавших только инсулин ($-1,47 \pm 1,17$ % против $-0,90 \pm 1,13$ %; $p = 0,05$). Это инновационное исследование позволило предположить, что метформин безопасен и может способствовать улучшению гликемического контроля у беременных с СД 1-го типа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за последнее десятилетие значительно возросло использование метформина во время беременности при СД в разных странах. Препарат стоит недорого и прост в применении, а также имеет явные преимущества в качестве лечения гипергликемии во время беременности. В то же время клиницисты с настороженностью относятся к потенциальным неблагоприятным последствиям лечения метформином беременных с СД для ребенка в долгосрочной перспективе. 📖

Комментарий главного редактора

Статья носит информационный характер и не является рекомендациями.

Обновленное **Руководство АСОГ по гестационному диабету (2023)** содержит следующую информацию:

- Если пациентка не может принимать инсулин или отказывается от него, можно использовать метформин.
- Необходима консультация по рискам метформина, включая плацентарный переход и отсутствие долгосрочных исследований на потомстве.
 - ✦ Может быть связано с преждевременными родами.
- Начальная доза: 500 мг на ночь в течение 1 недели, увеличить до 500 мг два раза в день.
 - ✦ Проверьте базовый уровень креатинина.
- Побочные действия включают боль в животе и диарею — рекомендуется принимать во время еды.
- Максимальная доза составляет 2500–3000 мг в день, разделенных на два или три приема.

Руководство NICE (обновление 2020 г.) предлагает иную последовательность принятия решения:

- Если в течение 1–2 недель не удается достичь целевых показателей уровня глюкозы в крови при изменении диеты и физических упражнений, предложите метформин.
- Если метформин противопоказан или неприемлем для женщины, предложите инсулин.

Согласно **Клиническим рекомендациям «Гестационный сахарный диабет» РОАГ и РАЭ (2020, проект 2024)**:

- Не рекомендуется применение пероральных сахароснижающих препаратов беременным с ГСД с целью предупреждения неблагоприятного воздействия данных препаратов на плод. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).
- Комментарии. Если до беременности у женщины было выявлено нарушение гликемии натощак или нарушенная толерантность к глюкозе, в связи с чем был назначен метформин, то препарат необходимо отменить при выявлении беременности. Прием метформина в ранние сроки беременности не является показанием к прерыванию беременности.

Бактериальный вагиноз. Современные стратегии восстановления и сохранения здоровой микробиоты влагалища

Учебное пособие

Г.Б. Дикке, Р.С. Козлов, П.В. Царьков, А.А. Олина,
М.А. Гомберг, И.В. Кузнецова, А.А. Хрянин и др.
М.: АБВ-пресс, 2024. 204 с.



Учебное пособие содержит сведения об этиологии, патогенезе, клинической картине, современных методах диагностики и лечения бактериального вагиноза. Предназначено для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям 31.08.01 «Акушерство и гинекология», 31.08.55 «Колопроктология», 31.08.32 «Дерматовенерология», 31.08.54 «Общая врачебная практика». Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» для использования в образовательном процессе вузов России (протокол № 2762 7 КУ от 20 июня 2024 г.).

Профессор А.А. Хрянин дал такую оценку книге: «Полагаю, что получилось лучшее пособие по этой проблеме».

Скачать книгу в электронном формате:

<https://abvpress.ru/> (раздел «Проекты»).

Купить книгу на сайте партера:

<https://urss.ru/> (в строке поиска ввести «Бактериальный вагиноз»).

Искусственный интеллект в ультразвуковой диагностике. 2025. Версия 1.0

Учебное пособие

Под ред. А.Н. Сенча,
П.В. Метелкина.
М.: МЕДпресс-информ, 2025. 148 с.



Представлены основные понятия и определения, детализированы структура, вопросы развития и внедрения искусственного интеллекта, перспективы его внедрения в повседневную жизнь, здравоохранение, диагностику. Обобщен уникальный опыт исследователей по применению перспективных технологий интеллектуальных программ и инноваций в ультразвуковой визуализации.

Монография предназначена для широкого круга практикующих врачей-диагностов (специалистов ультразвуковой диагностики, клиницистов смежных специальностей: онкологов, хирургов, терапевтов, акушеров-гинекологов), ординаторов и аспирантов, студентов медицинских вузов.

Привычный выкидыш, прегравидарная подготовка и ведение беременности

Учебное пособие

Н.К. Тетрашвили,
С.В. Павлович,
Т.Б. Ионанидзе,
Н.Г. Парсаданян,
М.В. Волочаева
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 40 с.



В книге представлены современные методы диагностики и прегравидарной подготовки у женщин с привычным выкидышем. Описаны основные этиологические факторы привычных потерь беременности, методы коррекции и лечебные мероприятия как вне, так и во время беременности. Учебное пособие рекомендовано ученым советом ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России для использования в системе высшего профессионального образования по программам ординатуры, аспирантуры по специальности «Акушерство и гинекология», а также для послевузовского профессионального обучения акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей.

Альбумин, фибриноген и преэклампсия

Ученые из медицинской школы Йкана в Маунт-Синай (Нью-Йорк, США) оценили связь соотношения фибриногена и альбумина, определяемых при рутинном анализе крови у беременных, с риском развития преэклампсии (ПЭ). Информация об этом размещена на сайте American society of anaesthesiology.

Исследователи проанализировали стационарные медицинские карты 2629 рожениц за период с 2018 по 2024 г. Из них у 584 пациенток выявили умеренную ПЭ, у 226 — тяжелую. Согласно расчетам, предполагаемая вероятность ПЭ любой степени составила 24 % при соотношении фибриноген/альбумин (Ф/А) $\leq 0,1$ на момент госпитализации. Если же эта величина превышала 0,3, риск возрастал до ≥ 41 %. Значение Ф/А отражает активность ряда заболеваний воспалительного характера, однако изучаемый параметр ранее не использовался с целью прогнозирования вероятности ПЭ. Полученные результаты могут оказаться важными для рационального мониторинга беременности у женщин, имеющих повышенный риск акушер-

ской патологии (возраст >35 лет, длительно существующее повышение АД, наличие ожирения).

Потребуется целенаправленное клиническое исследование, чтобы по возможности более точно установить приемлемый диапазон соотношения этих двух белков. По мнению авторов, анестезиологи и акушеры могут в перспективе получить еще один эффективный предикторский инструмент — соответствующая оценка и интерпретация данных позволят врачам предусмотреть и осуществить необходимые превентивные мероприятия.

Источники: <https://medvestnik.ru/content/news/Analiz-krovi-prognoziroval-risk-preeklampsii-u-rojenic.html>;
<https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2024/10/routine-blood-test-can-identify-laboring-women-at-risk-for-preeclampsia>

ОТДОХНИ



Выбор главного редактора проф. Галины Борисовны Дикке

Новенький

Жанр: драма, 16+
Режиссер: Оксана Барковская
Россия, 2020

Московский школьник Максим Плетнёв переезжает в провинциальный Юровск, где становится жертвой травли одноклассников. Исчезновение новенького переворачивает тихую жизнь городка с ног на голову, вскрывает ложь подростков и неприятные секреты взрослых.



Выбор профессора Екатерины Сергеевны Ворошиловой

Эд Йонг

«Как микробы управляют нами.
Тайные властители жизни на Земле»
Перевод: П. Иноземцева, В. Ковылин

Каждое животное, будь то человек, кальмар или оса, является домом для миллионов бактерий и других микроорганизмов. Эд Йонг, чей юмор столь же очевиден, как и его эрудиция, побуждает нас посмотреть на себя и наших живых спутников внутри в новом свете — не как на индивидуумов, а как на большой взаимосвязанный и взаимозависимый мир, которым мы, безусловно, являемся. Многие люди полагают, что микробы должны быть искоренены. Но те из них, которые живут с нами, — наш микробиом — строят наши тела, оберегают наше здоровье, формируют нашу самобытность и наделяют нас невероятными способностями. В этой удивительной книге Эд Йонг приглашает на грандиозный тур по нашей внутренней вселенной.



**АБВ
ПРЕСС**
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.



- ГАЗЕТЫ
- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
- СПРАВОЧНИКИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
- УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ: ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ OFF-LINE.

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Акушерство и гинекология

4 (23) / 2024

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.

Корректор: Бурд И.Г.
Дизайн и верстка: Крашенинникова С. С.

АДРЕС РЕДАКЦИИ
И УЧРЕДИТЕЛЯ

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

www.abvpress.ru
abv@abvpress.ru

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

Заказ № 243379.

Тираж 10 800 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

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

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

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

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