



## Тема номера: Микробиота влагалища: норма и патология

Микоплазма:  
не так проста, как кажется

с. 3

Лечение инфекций,  
сопровождающихся  
патологическими выделениями  
из влагалища

с. 4

Календарь основных  
мероприятий  
для акушеров-гинекологов  
на 2020 год

с. 6

Железодефицитная анемия  
у беременных

с. 10

### Слово главного редактора



**Галина Борисовна  
ДИККЕ**

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

### Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Инфекционные заболевания женской половой сферы представляют не только медицинскую, но и социальную и психологическую проблему в современном обществе.

Многие из инфекций, в том числе бактериальных, вирусных и паразитарных, включая ВИЧ, передаются главным образом при половых контактах. Некоторые также передаются от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания.

Глобальная стратегия по ускорению профилактики ИППП и борьбе с ними была разработана ВОЗ на основе проведения широкой консультации с государственными членами и партнерами. Для ускорения и эффективного проведения ответных мер в 10-летний план включены технический и пропагандистский компоненты, которые могут быть приспособлены для использования во всем мире.

Продолжают «наступление» вирусы и инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами. Их ассоциации приводят к нарушениям в иммунной системе, что способствует возникновению рецидивов и переходу заболеваний в хроническую стадию.

Огромную проблему представляет возрастающая резистентность микроорганизмов к применяемым антибактериальным средствам. В 2014 году эксперты ВОЗ опубликовали список таких инфекций, среди которых указаны гонококки (ко всем цефалоспорином, кроме цефтриаксона), E. coli (к фторхинолонам), M. Genitalium (к макролидам и тетрациклином) и дрожжеподобные грибы (к флуконазолу).

Эти новые вызовы требуют от нас взвешенных подходов к выбору антибиотиков и других лекарственных средств для лечения инфекций. Надеемся, что настоящий выпуск нашей газеты поможет вам в этом.

### Актуальное интервью

## Инфекции и беременность несовместимый тандем?

Перечень обследований на инфекции, назначаемых женщине во время беременности и тогда, когда она попадает в роддом, будет обновлен в клинических рекомендациях «Нормальная беременность», разработанных Российским обществом акушеров-гинекологов. И изменений по сравнению с ныне действующим порядком будет много. Подробнее об этом в интервью для нашей газеты рассказала профессор Наталья Владимировна Артымук.

– Наталья Владимировна, какие инфекции представляют наибольшую опасность для беременной женщины и ее будущего ребенка?

– ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, коревая краснуха, грипп H1N1, сифилис – наиболее жизнеугрожающие в акушерстве. А для новорожденных очень опасен и бета-гемолитический стрептококк.

– А какие инфекции наиболее опасны среди тех, с которыми беременные встречаются чаще всего?

– Наиболее частая инфекция при беременности – ОРВИ, а в зимний период – грипп. Все мы прекрасно помним пандемию свиного гриппа 2009–2010 годов. Она отличалась как высокой материнской смертностью из-за осложнений вирусно-бактериальной пневмонии, так и большими перинатальными потерями у женщин, перенесших это заболевание.

К сожалению, практически каждый год у нас в Сибири случаются летальные исходы у беременных от вирусно-бактериальной пневмонии.

Профилактика этого заболевания – в первую очередь вакцинация. Уровень вакцинации, в том числе у беременных, в нашей стране сильно различается по регионам. Причем необходимость вакцинации у беременных зачастую недооценивается и самими женщинами, и их лечащими врачами. Важно минимизировать контакты беременной, уменьшить ее пребывание в общественных местах, исключить контакт с больными респираторными инфекциями. Необходимо также использовать средства гигиены, прежде всего марлевые повязки на лицо. Обязательной на этапе планирования беременности считается вакцинация не только против гриппа, но и против коревой краснухи и ветряной оспы при отсутствии иммунитета.



**Наталья Владимировна  
АРТЫМУК**

Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Кемеровского государственного медицинского университета, президент кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СФО

Продолжение на с. 2 ▶

### Новости

## В 2030 год – без ИППП: борьба продолжается

Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), была принята Всемирной организацией здравоохранения в 2016 г. Насколько реальными представляются сейчас намеченные цели и в какой мере достигим ожидаемый результат?

Гипотетическая карта «боевых действий» против ИППП на сегодняшний день выглядит неоднородно, причем не только по разнонаправленным статистическим показателям среди стран и регионов. Сохраняются проблемы в диагностике и лечении; есть вопросы, связанные с этической стороной и учетом заболеваемости. До настоящего времени ежедневно происходит более 1 млн случаев заражения этими болезнями. Положить конец эпидемиям ИППП – такова цель глобальной стратегии ВОЗ. К началу третьего десятилетия XXI века предполагается если не полностью ликвидировать данную группу инфекций, то значительно снизить заболеваемость ими.

Выделены три инфекции в качестве приоритетных направлений для стратегической работы во всем мире: Neisseria gonorrhoeae – вследствие

растущего риска возникновения неизлечимых форм этого заболевания, а также риска коинфицирования другими ИППП, включая Chlamydia trachomatis; Treponema pallidum – элиминация врожденного сифилиса, что предполагает наличие сильных систем, обеспечивающих скрининг и лечение всех беременных женщин и борьбу с сифилисом в особых группах населения; вирус папилломы человека – особое внимание уделено вакцинации в целях элиминации рака шейки матки и остроконечных кондилом. Среди множества положений стратегии есть особенно значимые. Это в первую очередь важность равного доступа к медицинской помощи для всех нуждающихся в ней, а также сохранение и поддержание постоянной инновационной направленности в деле борьбы с ИППП.

Источники: www.niioncologii.ru; www.who.int

► Окончание, начало на с. 1

– **Какие инфекции обязательно нужно исключить, когда женщина поступает в женскую консультацию, а также перед тем, как она попадет в роддом?**

– Сегодня любая беременная обязательно проходит рутинное обследование на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, токсоплазмоз, краснуху. Также проводится микроскопическое обследование вагинального содержимого, в том числе на трихомонаду, гонококк, грибы, и микробиологическое исследование отделяемого цервикального канала. Выполняется и ПЦР-диагностика хламидиоза. Кроме этого, во втором триместре беременности проводится бактериологическое исследование мочи.

– **Считаете ли вы этот алгоритм достаточным? Известно, что беременные женщины нередко жалуются на то, что анализом им приходится сдавать слишком много.**

– Я считаю, что в отношении обследования на бета-гемолитический стрептококк следует расширить его определение до рутинного у беременных женщин перед родами. По результатам таких обследований может назначаться интервенционная терапия. Она позволяет предупредить инфекционный риск, прежде всего у новорожденных.

А вот в отношении некоторых других инфекций существующий протокол следует считать избыточным. Так, рутинное определение хламидий методом ПЦР в ранние сроки беременности не влияет на ее исход. Так же как и бесконечные взятия крови у беременной на сифилис: три раза – рутинно, а также при каждой последующей госпитализации, включая госпитализацию на родоразрешение. Все это составляет как минимум четыре обследования. А наибольшее количество обследований может достигать 10–12

за беременность. Это, конечно, следует считать необоснованным.

Также не доказана польза определения иммуноглобулинов классов G и M к токсоплазмам. Это обследование, согласно порядку, введенному приказом МЗ РФ № 572н, проводится всем беременным в РФ, также является излишним.

Протоколы обследования на инфекции в разных странах различные. Однако доказательная база относительно обследования беременных на инфекции пока существует только в отношении сифилиса, ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, краснухи, бета-гемолитического стрептококка.

В настоящее время не рекомендовано направлять пациентку на определение в плазме крови иммуноглобулинов классов M и G к возбудителю токсоплазмоза (*Toxoplasma gondii*), а также цитомегаловируса и вируса простого герпеса во время беременности из-за большой доли ложноположительных результатов и риска необоснованной терапии заболевания. У беременных с клиническими проявлениями герпетической инфекции необходимо проводить забор материала из очага поражения и только при отрицательном результате проводить забор крови на иммуноглобулины G и M.

В то же время рекомендовано микробиологическое или молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на носительство стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в 35–37-е недели беременности. Это обследование с последующей возможной терапией приводит к уменьшению колонизации стрептококком родовых путей женщин и вероятности рождения детей с признаками внутриутробной инфекции. При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах.

Также рекомендовано направлять пациентку на микроскопическое исследование мазка из цервикального канала и влагалища при первом визите и в третьем триместре беременности, включая определение числа лейкоцитов и характера микрофлоры с определением наличия *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* и грибов рода *Candida*.

И, напротив, не рекомендовано рутинное молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала и влагалища на наличие *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* и *Chlamydia trachomatis*. Обследование на *Chlamydia trachomatis* методом ПЦР следует назначать только в случае воспалительного характера мазка.

А вот проведение микробиологического исследования средней порции мочи на выявление бессимптомной бактериурии должно проводиться при первом визите обязательно. Ведь раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов и задержки роста плода.

Именно этот перечень обследований будет регламентирован новыми клиническими рекомендациями «Нормальная беременность», разработанными Российским обществом акушеров-гинекологов.

Но все-таки самое главное – это своевременное и эффективное лечение инфекционных заболеваний, если они есть до беременности, прегравидарная подготовка, включая проведение соответствующей вакцинации.

– **При каких ситуациях с инфекционными заболеваниями беременной женщины наблюдающей ее акушер-гинеколог должен принять срочные меры, например назначить дополнительные исследования, направить пациентку**

**на консультацию к врачу-инфекционисту?**

– Подозрение или выявление любого инфекционного заболевания служит показанием для дополнительного обследования и консультации инфекциониста. Именно он и лечит инфекционные заболевания у беременных.

– **Какие, по вашим наблюдениям, ошибки чаще всего совершают практикующие гинекологи в отношении инфекций при ведении беременных?**

– У здоровых беременных это избыточное обследование, следствие чего – зачастую необоснованное лечение: избыточные санации влагалища, назначение ненужной антибактериальной терапии.

И, напротив, иногда при наличии реального инфекционного заболевания лечение своевременно не назначается. Так, при бессимптомной бактериурии вместо положенных по протоколу антибактериальных препаратов назначаются отвары мочегонных трав. При разборе случаев материнской смертности, обусловленной вирусно-бактериальной пневмонией, установлено, что в большинстве ситуаций была недооценена тяжесть состояния пациенток, а противовирусная терапия была назначена слишком поздно.

– **Как врачам избежать таких ошибок?**

– Работать, опираясь на современные клинические рекомендации. Медицинская помощь согласно изменениям, внесенным в ФЗ № 323 от 25.12.2018, должна оказываться именно в соответствии с клиническими рекомендациями. Вопрос не только клинической безопасности наших пациенток, но и юридической безопасности самого врача.

Беседовал Александр Рылов

IV НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

## «ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТ МЕНАРХЕ ДО ПОСТМЕНОПАУЗЫ»

Конгресс посвящается Герою Труда РФ, академику РАН, профессору Г.М. Савельевой

МОСКВА «RADISSON SLAVYANSKAYA HOTEL & BUSINESS CENTER»

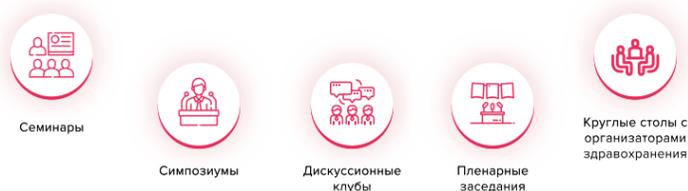
12-14 февраля 2020



Целевая аудитория



Запланированные активности в рамках конгресса



Регистрация на сайте **rosors.com**  
Участие в Конгрессе – бесплатно

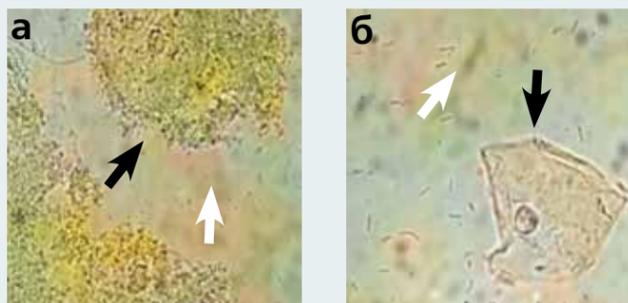
Реклама

Организаторы: При поддержке: Технический организатор: По вопросам участия: +7 (495) 799 82 19 info@rosors.com

Новости

## Не лекарством единым

Лекарственная терапия при бактериальном вагинозе (БВ) далеко не всегда обеспечивает даже нестойкое излечение: болезнь возвращается в течение месяца в 30 % случаев и на протяжении года у 50–70 % пациенток. Недавно израильские медики представили результаты не совсем обычного терапевтического подхода.



Микробиом влагалища пациентки: а) до трансплантации, б) после нее. Черными стрелками обозначены клетки стенки влагалища, белыми – бактерии вагинальной жидкости. Видно, что после процедуры значительно увеличилось количество составляющих нормальную микрофлору бактерий (палочкообразной формы).

В первом клиническом испытании по пересадке влагалищной микробиоты приняли участие 5 женщин с рецидивирующим бактериально-устойчивым БВ без сопутствующих заболеваний, ранее леченные антибиотиками. За основу была взята методика фекальной трансплантации, которая несколько лет назад была успешно использована у больных с дисбиозом кишечника. Д-р Ахиноам Лев Саги (Ahinoam Lev Sagie) из Медицинского центра Еврейского университета «Хадасса» (Иерусалим) и его коллеги отобрали трех здоровых доноров, воздерживавшихся от половой жизни 7 суток перед процедурой. Взятую у доноров влагалищную жидкость разводили в стерильном физиологическом растворе и вводили во влагалище реципиентам. В течение первого месяца исследуемых осматривали еженедельно, а затем – 1 раз в месяц. В двух случаях явления вагиноза у пациенток не обнаруживались через 11,5 и 5,5 месяца соответственно. Двум женщинам потребовалось 3 процедуры для достижения ремиссии. Лишь у пятой пациентки, несмотря на повторную двукратную трансплантацию, микробиом влагалища остался в переходном состоянии между нормальным и характерным для БВ. Отмечается, что инновация заслуживает внимания и дальнейшей разработки с учетом характера течения БВ. «Внедряя новый способ лечения, мы надеемся сделать еще один шаг к доступному миллионам женщин во всем мире решению», – отметил д-р Эран Элинав (Eran Elinav) из Научного института Вейцмана (Реховот).

Источник:

<https://nplus1.ru/news/2019/10/09/vmt-first-trial>

# Микоплазма: не так проста, как кажется

Одним из величайших достижений в медицине можно смело считать открытие антибиотиков. Это стало не только спасением от бактериальных инфекций для множества пациентов, но и, увы, новой «головной болью» всего человечества. К сожалению, патогены довольно быстро научились защищаться, формируя лекарственную устойчивость. Госсекретарь по проблемам здравоохранения Великобритании проф. Салли Дэвис отметила, что ограничение эффективности антибиотиков фактически равносильно «концу современной медицины», ведь без этих препаратов не только лечение многих болезней, но и привычные и жизненно необходимые вмешательства – хирургические операции, трансплантация и др. – станут рискованными для пациентов.

В 2014 году ВОЗ опубликовала список из 12 патогенов, представляющих наибольшую угрозу для здоровья человека. В этом списке нет *Mycoplasma genitalium*, однако в последнее время все больше публикаций свидетельствуют о том, что эта распространенная в акушерско-гинекологической практике инфекция оказывается нечувствительной к препаратам, ранее использовавшимся для ее устранения.

## ФАКТ CHECKING ДЛЯ ПАТОГЕНА

Микоплазмы – мельчайшие бактерии-прокариоты, лишенные клеточной стенки. Долгое время представителей этого класса микроорганизмов относили к вирусам, однако начиная с 30-х годов XX века у исследователей уже не осталось сомнений в их бактериальной природе. Впервые *M. genitalium* была культивирована из экссудатов уретры мужчин в 1981 году, но лишь спустя десятилетие стало понятно, что именно этот возбудитель можно считать непосредственной причиной возникновения урогенитальных заболеваний. Отсутствие клеточной стенки и большое сходство структур мембраны клеток патогена и организма хозяина обеспечивают практически беспрепятственное внутриклеточное внедрение микоплазм и их дополнительную защиту от гуморальных и клеточных факторов иммунитета.

Источник заражения – больной человек. Дебют заболевания нередко может быть обусловлен началом половой жизни или сменой партнера. Продолжительность инкубационного периода чрезвычайно широко варьирует – от 3 до 60 дней. У женщин *M. genitalium* вызывает уретрит, цервицит, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), может спровоцировать также трубное бесплодие. Основные жалобы пациенток, страдающих цервицитом, включают слизисто-гнойные выделения из половых путей, ациклические кровянистые выделения, диспареунию, зуд и жжение во влагалище, дизурические явления, болезненность внизу живота. Гинекологическое обследование дает картину воспаления: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия уретры, влагалища и шейки матки, выделения слизисто-гнойного характера в заднем своде влагалища. ВЗОМТ зачастую носят полиэтиологичный характер, однако способность генитальных микоплазм успешно колонизировать цервикальный канал не исключает, а скорее подтверждает возможность поражения верхнего отдела генитального тракта, что находит отражение в Европейских клинических рекомендациях 2017 года.

## АГЕНТЫ ВЛИЯНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ

В мировой клинической практике для лечения заболеваний, ассоциированных с *M. genitalium*, используют антибактериальные препараты из групп тетрациклинов, макролидов и фторхинолонов. Чаще всего в назначениях фигурировал доксициклин, однако к сегодняшнему дню уже доказано, что уровень излеченности

**Таблица 1. Рекомендации по лечению инфекций, вызванных *M. genitalium* (IUSTI, 2016)**

Клиническая ситуация	Препарат	Схема приема
Отсутствие резистентности к макролидам (первая линия терапии)	Азитромицин	500 мг в первый день, затем по 250 мг ежедневно в течение 4 суток
	Джозамицин	500 мг 3 раза в день 10 дней
Выявлена резистентность к макролидам (вторая линия терапии)	Моксифлоксацин	400 мг 1 раз в день 7–10 дней
Неэффективность препаратов первой и второй линий (третья линия терапии)	Пристинамицин	1 г 4 раза в день 10 дней
	Доксициклин	100 мг 2 раза в день 14 дней

пациентов при такой терапии – не более 30–40%. В целом же учеными отмечено, что микоплазма стремительными темпами формирует резистентность к антибиотикам, что заставляет клиницистов искать новые пути управления этой репродуктивно значимой инфекцией. Основным «агентом влияния» из группы макролидов принято считать азитромицин. В различных клинических рекомендациях предложены две основные схемы терапии: однократный прием в дозе 1 г или расширенный – по 1,5 г на протяжении 5 дней. В обзоре 2014 года авторы высказывают мнение, что однократное применение азитромицина ведет к формированию резистентности патогенов к группе макролидов, что делает более предпочтительным расширенный курс. В России чаще всего назначают другой макролид – джозамицин, терапия с помощью которого может показы-

вать эффективность до 93,5%. Резистентность генитальных микоплазм к препаратам этой группы также возможна, однако она отмечена не ко всем препаратам, а только к 16-членным представителям группы, в том числе к джозамицину. Фторхинолоны 4-го поколения, в частности моксифлоксацин, включены в состав второй линии терапии в соответствии с рекомендациями IUSTI (International Union against Sexually Transmitted Infections – Международный союз по борьбе с ИППП) 2016 года (табл. 1).

В 2015 году в руководстве CDC по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, отмечено, что в случаях назначения в качестве препарата первой линии моксифлоксацина в дозе 400 мг в сутки на 7, 10 или 14 дней удается практически полностью купировать воспалительный процесс, вызванный *M. genitalium*.

Свои рекомендации предлагают и отечественные эксперты. В соответствии с Национальным руководством по акушерству и гинекологии (Савельева Г. М., Гинекология / Под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017), практически полностью совпадающим с Евразийскими клиническими рекомендациями и рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов, в качестве препарата выбора рекомендован доксициклин (табл. 2).

## В ОСОБЫХ СЛУЧАЯХ

Отдельно следует отметить варианты лечения микоплазменной инфекции у беременных. Евразийские рекомендации в подобных клинических ситуациях предлагают использовать азитромицин по расширенной схеме, Национальное руководство по акушерству также отмечает этот препарат, но при условии однократного приема (1 г) или джозамицин (500 мг 3 раза в день в течение 7–10 дней). Назначение джозамицина в период гестации также рекомендуют эксперты в Евразийских клинических рекомендациях и специалисты Российского общества дерматологов и косметологов. Еще один документ, регламентирующий деятельность российских акушеров-гинекологов, – «Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"» – предлагает в период беременности при выявлении клинических признаков *M. genitalium* использовать азитромицин и амоксициллин, однако дозы и схемы для этих препаратов в приказе не прописаны.

Современному врачу приходится работать в довольно сложных условиях. Достаточно взглянуть на локальную проблему терапии генитальных микоплазменных инфекций, где до сих пор не выработано единых мировых схем и подходов к ведению пациентов, чтобы понять: действовать зачастую следует чрезвычайно осторожно, учитывая всю широту информации об антибиотикорезистентности и надеяться на создание надежных современных клинических рекомендаций.

Список литературы находится в редакции

**Таблица 2. Рекомендации по лечению инфекций, вызванных *M. genitalium*, в соответствии с Национальным руководством по акушерству и гинекологии (2017), Евразийскими клиническими рекомендациями (2016) и рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2015)**

Клиническая ситуация	Препарат	Схема приема
Неосложненные формы урогенитальных заболеваний	Препарат выбора	
	Доксициклин	100 мг 2 раза в день 10 дней
	Джозамицин	500 мг 3 раза в день 10 дней
	Альтернативный препарат	
	Офлоксацин	400 мг 2 раза в день 10 дней
Осложненные формы урогенитальных заболеваний	Препарат выбора	
	Доксициклин	100 мг 2 раза в день 14–21 день
	Джозамицин	500 мг 3 раза в день 14–21 день
	Альтернативный препарат	
	Офлоксацин	400 мг 2 раза в день 14–21 день

# Лечение инфекций, сопровождающихся патологическими выделениями из влагалища

По материалам Федеральных клинических рекомендаций по ведению больных бактериальным вагинозом (РОДВиК, РОАГ, 2015); Федеральных клинических рекомендаций по ведению больных урогенитальным кандидозом (РОДВиК, РОАГ, 2015); European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2018.

## ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА (КВВ)

Путь введения	РОАГ, 2015	IUSTI/WHO, 2018	Уровень доказательности
<b>Рекомендуемые схемы лечения КВВ</b>			
Перорально	Флуконазол, таб. 150 мг однократно	Флуконазол, таб. 150 мг однократно	А
	Итраконазол, таб. 200 мг 1 р/д 3 дн	Итраконазол, таб. 200 мг 2 р/д 1 дн	
Вагинально	Натамицин, свечи 100 мг 1 р/д 6 дн	-	В
	Клотримазол, ваг. таб. 200 мг 1 р/д 3 дн или 100 мг 1 р/д 7 дн	Клотримазол, ваг. таб. 500 мг однократно или 200 мг 2 р/д 3 дн	А
	Клотримазол, крем 1% 5 г 1 р/д 7-14 дн	-	
	Бутоконазол, крем 2% 5 г 1 р/д однократно	-	
	Итраконазол, ваг. таб. 200 мг 1 р/д 10 дн	-	В
	Миконазол, свечи 100 мг 1 р/д 7 дн	-	
	-	Миконазол, супп. 1200 мг однократно Миконазол, супп. 400 мг 1 р/д 3 дн	А
-	Эконазол, супп. 150 мг однократно		
<b>Схемы лечения рецидивирующих форм КВВ</b>			
Перорально	Флуконазол, таб. 150 мг 1 р/нед 6 мес	Флуконазол 150 мг 1 р/нед 6 мес или 200 мг в нед 2 мес, затем 200 мг 2 р/мес 4 мес и 200 мг 1 р/мес 6 мес	С
Вагинально	Натамицин, свечи 100 мг 1 р/нед 6 мес	-	С
	Клотримазол, ваг. таб. 500 мг 1 р/нед 6 мес	-	С

## СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С КВВ (РОАГ, 2015)

МНН, форма выпуска	Дозы и режим приема	Применение у беременных	Уровень доказательности
Натамицин, свечи*	100 мг 1 р/д 3-6 дн	Во все сроки беременности (категория FDA – А)	С
Клотримазол, ваг. таб.	100 мг 1 р/д 7 дн	II и III триместры (категория FDA – В)	С
Клотримазол, крем	1% 5 г 1 р/д 7-14 дн		

\* Рекомендации IUSTI/WHO (2018) – актуальными препаратами для лечения кандидозного вульвовагинита у беременных женщин являются средства азолового ряда.

## ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА (БВ)

Путь введения	РОАГ, 2015	IUSTI/WHO, 2018	Уровень доказательности
<b>Рекомендуемые схемы лечения БВ</b>			
Вагинально	Метронидазол, гель 0,75% 5,0 г 1 р/д 5 дн	Метронидазол, гель 0,75% 5,0 г 1 р/д 5 дн	А
	Клиндамицин, крем 2% 5,0 г 1 р/д 7 дн	Клиндамицин, крем 2% 5,0 г 1 р/д 7 дн	А
Перорально	Метронидазол, таб. 500 мг 2 р/д 7 дн	Метронидазол, таб. 400-500 мг 2 р/д 5-7 дн	А
	Тинидазол, таб. 2,0 г 1 р/д 3 дн	-	А
<b>Альтернативные схемы лечения БВ</b>			
Перорально	-	Метронидазол, таб. 2,0 г однократно	А
	-	Тинидазол, таб. 2,0 г однократно	А
	Тинидазол, таб. 1,0 г 1 р/д 5 дн	Тинидазол, таб. 1,0 г 1 р/д 5 дн	А
	Клиндамицин, таб. 300 мг 2 р/д 7 дн	Клиндамицин, таб. 300 мг 2 р/д 7 дн	В
Вагинально	-	Деквалиния хлорид, ваг. таб. 10 мг 1 р/д 7 дн	А
	Клиндамицин, супп. 100 мг 1 р/д 3 дн	-	В
<b>Схемы лечения рецидивирующего БВ</b>			
Вагинально	-	Метронидазол, гель 0,75% 5,0 г 2 р/нед 4-7 мес	В
	-	Метронидазол 750 мг плюс миконазол 200 мг 1 р/д 5 дн ежемесячно 12 мес	В
Перорально	-	Метронидазол 2 г плюс флуконазол 150 мг 1 р/мес 12 мес	В

## ЛЕЧЕНИЕ АЭРОБНОГО ВАГИНИТА (IUSTI/WHO, 2018)

Путь введения	МНН, дозы и режим приема	Уровень доказательности
Вагинально	Клиндамицин, крем 2% 5,0 г 7-21 дн Клиндамицин, крем 2% 5,0 г плюс гидрокортизон 300-500 мг 7-21 дн (при выраженном воспалении) Клиндамицин, крем 2% 5,0 г плюс эстриол 0,5 мг 7-21 дн (при атрофическом компоненте)	С
	Канамицин (неомицин*) супп. 100 мг по 1 р/д 6 дн	
Перорально	Моксифлоксацин 400 мг 1 р/д 6-7 дн	С

\* В России не зарегистрированы лекарственные средства, содержащие канамицин для вагинального введения. Могут быть использованы комбинированные препараты с антибиотиком той же группы (неомицин).

## НЕОБХОДИМОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОДНОГО ВЕДУЩЕГО МИКРОБНОГО ФАКТОРА

Ведущий фактор	Грибы	Анаэробы	Аэробы	ВИЧ	Трепонема	Хламидии	Микоплазмы	Гонококки	Трихомонады	ВПГ-2 ВПЧ
<b>Синдромальный подход</b>										
Вагинит	+	+	+						+	
Цервицит						+		+	+	+
ВЗОМТ				+		+	+	+	+	
<b>Этиологический подход</b>										
Грибы			+	+	+	+	+	+	+	
Анаэробы	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Аэробы	+	+							+	
ВИЧ					+	+		+	+	+
Трепонема				+		+		+	+	
Хламидии	+	+		+	+		+	+	+	
Микоплазмы						+		+	+	
Гонококки				+	+	+	+		+	
Трихомонады		+		+	+	+	+	+		
ВПГ-2, ВПЧ		+		+	+					

# Хронический эндометрит как причина маточной формы бесплодия

Г.Б. Дикке, В.В. Остроменский

**Длительность течения хронического эндометрита – основной фактор, определяющий глубину и распространенность повреждения структур эндометрия. Бесплодие установлено у 83 % пациенток при продолжительности хронического эндометрита 5,5 года.**

Хронический эндометрит (ХЭ) – это состояние, связанное с нарушением «мирного сосуществования» между микроорганизмами и иммунной системой хозяина в эндометрии. Распространенность ХЭ составляет около 10–11 %, он диагностируется у 15 % бесплодных женщин, перенесших ЭКО, у 42 % женщин с рецидивирующей имплантационной недостаточностью и у 58 % – с тремя или более рецидивами потери беременности в анамнезе.

ХЭ, как правило, протекает бессимптомно или имеет такие симптомы, как аномальное маточное кровотечение, тазовая боль и лейкорей.

Успешная имплантация эмбриона и поддержание беременности являются результатом тонкого баланса между эмбрионом и эндометрием, что отражает преобладание профиля противовоспалительных Т-лимфоцитов Th2 по сравнению с провоспалительными Th1 в эндометрии (Tortorella C. с соавт., 2014). Поэтому любые условия, которые нару-

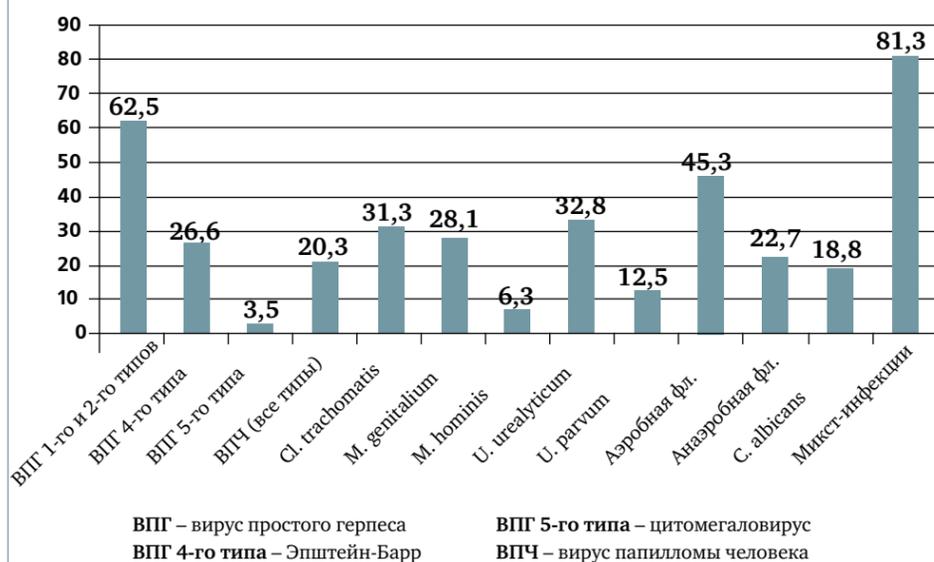
шают этот баланс, могут повредить рецептивность эндометрия.

Особую роль в нарушении иммунной защиты отводят хронической вирусной инфекции генитального тракта, что совпадает с результатами нашего исследования, которое было проведено среди 128 пациенток (средний возраст 32 года). Результаты исследования обсемененности полости матки вирусами и бактериями методом ПЦР представлены на диаграмме 1.

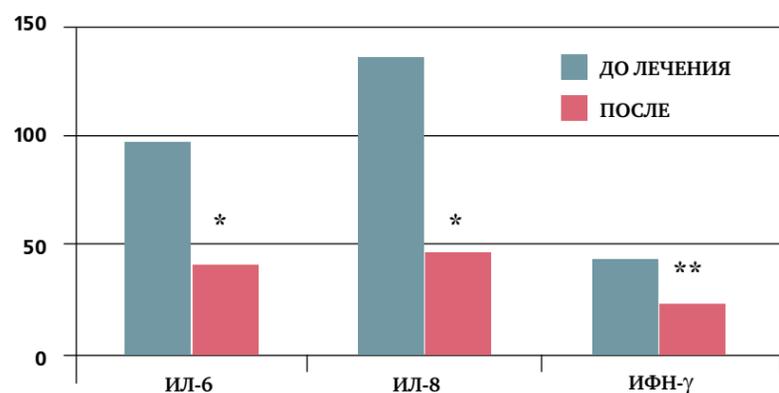
Обращает на себя внимание, что у 63 % женщин с ХЭ выявлены вирусы, что в 2 раза выше по сравнению с пациентками без ХЭ, при этом сочетание нескольких видов вирусов наблюдалось у 56 % пациенток.

ХЭ всегда сопровождается изменениями параметров системного и локального иммунитета. Общность антигенов персистирующих микроорганизмов и тканевых антигенов организма-хозяина является основой феномена аутоиммунных реакций и вторичного иммунодефицита.

**Диаграмма 1.**  
Результаты исследования на наличие инфекций, передаваемых половым путем, и условно-патогенной микрофлоры (%)



**Диаграмма 2.**  
Динамика уровней цитокинов у пациенток, получавших Суперлимф® (n=30), пг/мл



\*  $p < 0,01$ ,

\*\*  $p = 0,04$ . Статистическая значимость различий между показателями вычислялась с помощью критерия Манна-Уитни.

Длительность течения ХЭ – основной фактор, определяющий глубину и распространенность повреждения структур эндометрия. А.И. Ищенко с соавт. (2018) установлено бесплодие у 83 % пациенток из числа обследованных при продолжительности ХЭ 5,5 года. Эти результаты схожи с полученными нами сведениями из анамнеза обследованных пациенток – 77 % из них страдали ХЭ более 5 лет.

При наличии инфекционных агентов в полости матки при ХЭ целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра в комплексе с нестероидными противовоспалительными препаратами. McQueen D.V. с соавт. (2014) показали, что частота живорождений на одну беременность у пациенток с привычным невынашиванием на фоне ХЭ увеличилась до 56 % после лечения антибиотиками по сравнению с 7 % до лечения.

Однако положительные результаты лечения пациенток с ХЭ могут быть связаны не только с элиминацией возбудителя (что не всегда дает ожидаемый эффект), но и с восстановлением иммунной реактивности, в частности, с содержанием и функциями цитокинов.

Иммуногистохимические признаки ХЭ с аутоиммунным компонентом в стадии обострения в нашем исследовании имели место у 75 % пациенток. При этом отмечено повышение уровней провоспалительных факторов ФНО-α в 3 раза, ИЛ-6 – в 2,7, ИЛ-8 – в 1,2, ИФН-γ – в 1,4 раза по сравнению с группой контроля. Зарубежными исследователями показано, что анализ соотношения ИЛ-6/ТНФ-α либо ИЛ-6/ИЛ-1β повысил диагностическую значимость исследования цитокинового профиля со 100-процентными значениями чувствительности и специфичности, а также положительной и отрицательной прогностической значимости (Tortorella C. с соавт., 2014).

Учитывая полученные результаты, нами выполнено пилотное исследование с участием 30 пациенток, цель которого – изучение клинического действия препарата Суперлимф® и его эффективности у пациенток с ХЭ. Препарат содержит экзогенные цитокины природного происхождения, которые действуют локально в очаге воспаления, что обеспечивает регуляцию процессов воспаления и регенерации. Также препарат оказывает противовирусное (вирус простого герпеса) и антимикробное действие (хламидийные и микоплазменные инфекции).

Результаты лечения пациенток препаратом Суперлимф® продемонстрировали статистически значимое снижение уровней провоспалительных цитокинов (диаграмма 2). Содержание ФНО-α также уменьшилось – с 3,6 (SD 0,2) до 1,9 (SD 0,3) пг/мл,  $p = 0,005$ .

После проведения комплексной терапии с использованием антибактериальных средств и препарата Суперлимф® на данный момент беременность закончилась срочными родами у 6 пациенток, разные сроки прогрессирующей беременности имеют 9 женщин, остальные находятся в процессе катамнестического наблюдения.

Обсуждая механизмы влияния дисбаланса цитокинов на течение ХЭ и реализацию репродуктивной функции, отметим, что цитокины – пептидные информационные молекулы, с помощью

«Золотой стандарт» диагностики ХЭ – гистологическое исследование эндометрия в первой фазе менструального цикла и обнаружение лейкоцитарной инфильтрации, плазматических клеток, фиброза стромы и склероза сосудов.

Инфекционные агенты выступают источником постоянного антигенного раздражения, пусковым и поддерживающим воспалительную реакцию механизмом на фоне недостаточности факторов местной противoinфекционной защиты.

Изменения цитокинового статуса в эндометрии служат препятствием для создания в предимплантационный период локальной иммуносупрессии, которая необходима для формирования защитного барьера, что является условием успешной имплантации и предотвращения выкидыша.

В настоящее время выявлена особенность патогенеза ХЭ, а именно – существенная роль нарушений местной иммунной защиты и активация иммунопатологических процессов, обусловленных повышенным синтезом провоспалительных цитокинов.

Препарат Суперлимф® используется по 25 ЕД вагинально 1 раз в день, на курс – 10 суппозиторий. Курс лечения можно повторить. По показаниям применяется антибактериальная терапия.

которых от клетки к клетке передается сигнал, запускающий определенные реакции. Все цитокины делятся на провоспалительные, обеспечивающие мобилизацию воспалительного ответа (ИЛ-1, 2, 6, 8, ФНО-α, ИФН-γ), противовоспалительные, ограничивающие развитие воспаления (ИЛ-4, 10, TGF-β), и регуляторы клеточного и гуморального иммунитета (врожденного или специфического).

Единственное лекарственное средство, в состав которого входят природные цитокины, – это Суперлимф®. Он содержит в необходимой концентрации ИЛ-1 и фактор торможения миграции макрофагов МИФ, ИЛ-6 и ФНО-α, TGF-β и ряд минорных примесей цитокинов, хемокинов и антимикробных пептидов. Изучение механизма действия и клинической эффективности препарата проводилось более 15 лет.

Таким образом, современные данные свидетельствуют о высокой частоте вирусных и бактериальных инфекций у женщин с ХЭ и их влиянии на состояние местного иммунитета со сдвигом в сторону преобладания провоспалительных цитокинов. Дополнительное назначение препарата, модулирующего активность цитокинов на локальном уровне (Суперлимф®), позволяет снизить проявления местного воспалительного процесса в эндометрии и его аутоиммунного компонента, что может способствовать наступлению беременности.

# Календарь мероприятий

# 2020

самое важное  
и актуальное

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

**20**  
Россия, Москва  
Научно-практическая конференция «Репродуктивная медицина XXI века. Взгляд экспертов. Только новое»  
[www.expodata.info](http://www.expodata.info)

**21–24**  
Россия, Москва  
XIV Международный конгресс по репродуктивной медицине  
[www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**23–24**  
Франция, Бордо  
Мастер-класс по эстетической гинекологии  
[www.conference-service.com](http://www.conference-service.com)

**30–31**  
Россия, Москва  
Большая конференция RUSSCO «Рак молочной железы»  
[rosoncweb.ru](http://rosoncweb.ru)

**6–8**  
Россия, Санкт-Петербург  
VI Общероссийская конференция с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

**12–14**  
Россия, Москва  
IV Национальный научно-образовательный конгресс «Онкологические проблемы от менархе до постменопаузы»  
[www.rosors.com](http://www.rosors.com)

**17–18**  
Франция, Париж  
Европейский конгресс по акушерству и гинекологии  
[www.gynecology-obstetrics.pulsusconference.com](http://www.gynecology-obstetrics.pulsusconference.com)

**2–3**  
Франция, Париж  
5-я Международная конференция по акушерству и гинекологии  
[www.meetingsint.com](http://www.meetingsint.com)

**4–7**  
Италия, Флоренция  
Конгресс Международного общества гинекологической эндокринологии (ISGE)  
[www.isgesociety.com](http://www.isgesociety.com)

**12–14**  
Россия, Москва  
V Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии. Весенние чтения»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

**20–21**  
Россия, Москва  
Конференция RUSSCO «Онкогинекология»  
[www.rosoncweb.ru](http://www.rosoncweb.ru)

**27–28**  
Россия, Москва  
Семинар «Стандарты качества и инновации вспомогательных репродуктивных технологий»  
[www.science-community.org](http://www.science-community.org)

**7–9**  
Россия, Москва  
XXVI Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы»  
[www.g-academy.ru](http://www.g-academy.ru)

**13–14**  
Япония, Токио  
Всемирный саммит, посвященный охране здоровья матери и ребенка  
[maternal-childhealth.healthconferences.org](http://maternal-childhealth.healthconferences.org)

**27–29**  
США, Сан-Франциско  
Всемирная встреча экспертов по гинекологии и акушерству  
[www.frontiersmeetings.com](http://www.frontiersmeetings.com)

**8–11**  
Китай, Шанхай  
14-й Всемирный конгресс по эндометриозу WCE 2020  
[www.endometriosis.ca](http://www.endometriosis.ca)

**13–15**  
Ирландия, Дублин  
16-й конгресс Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью  
[www.esrh.eu](http://www.esrh.eu)

**14–16**  
Россия, Москва  
VII Междисциплинарный форум «Медицина молочной железы»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

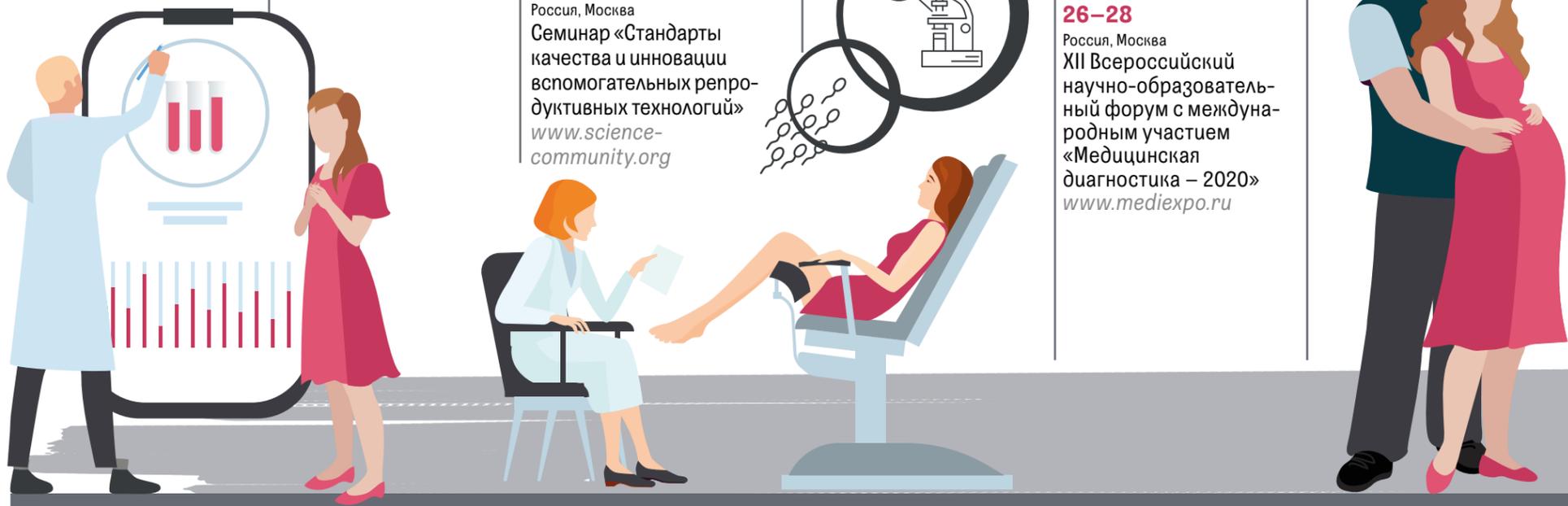
**21–23**  
Россия, Новосибирск  
V Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: сибирские чтения»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

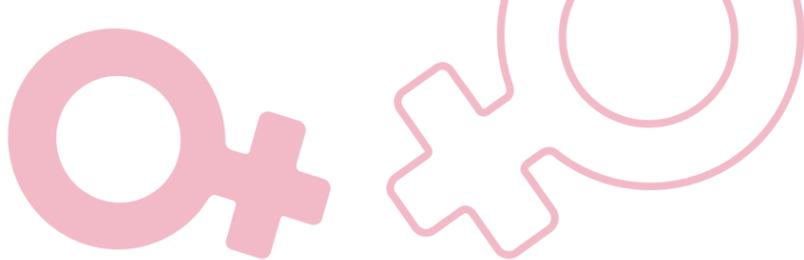
**26–28**  
Россия, Москва  
XII Всероссийский научно-образовательный форум с международным участием «Медицинская диагностика – 2020»  
[www.mediexpo.ru](http://www.mediexpo.ru)

**4–7**  
Россия, Москва  
XXXII Международный конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний»  
[www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**15–16**  
Великобритания, Лондон  
Международная конференция по акушерству и гинекологии  
[www.scitechinternational.com](http://www.scitechinternational.com)

**29–30**  
Россия, Казань  
13-й Региональный научно-образовательный форум «Мать и дитя»  
[www.ncagp.ru](http://www.ncagp.ru)





Реклама

# 3А



## Забота в полном объёме

### Достинекс®

оригинальный каберголин<sup>1</sup>

Показания: лечение нарушений, связанных с гиперпролактинемией, включая бесплодие, мастопатию, нарушения менструального цикла<sup>1,4,5</sup>

### Дифлюкан®

оригинальный флуконазол<sup>2</sup>

Показания: вульвовагинальный кандидоз<sup>2</sup>

### Далацин®

оригинальный клиндамицин<sup>3</sup>

Показания: бактериальный вагиноз<sup>3</sup>



PP-CST-RUS-0037 от 11.11.2019

Служба Медицинской Информации MedInfo.Russia@Pfizer.com

Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer на интернет-сайте www.pfizermedinfo.ru



1. Инструкция по медицинскому применению Достинекс. Регистрационный номер: ПН013905/01. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дифлюкан ПН01348/02. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Далацин-крем ПН01553/01, суппозитории ПН01555/02. 4. Мельниченко Т.А., Марова Е.А., Дзержавец Л.К., Влас В.В. Гиперпролактинемия у женщин и мужчин. Подходы для терапии. М., 2003. С. 1-57. 5. Андреев Е.Н., Хамидова М.Д. Гиперпролактинемия и связанные с ней явления. Эффективная фармакология в акушерстве и гинекологии. М01.2012.

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

**5-8**  
Дания, Копенгаген  
36-я ежегодная встреча Европейского общества репродукции человека и эмбриологии ESHRE 2020  
[www.pr-medicalevents.com](http://www.pr-medicalevents.com)

**6-7**  
Австралия, Сидней  
2-я Международная конференция по женскому здоровью  
[www.womenshealth.conferenceseries.com](http://www.womenshealth.conferenceseries.com)

**17-18**  
Финляндия, Хельсинки  
2-й Всемирный конгресс, посвященный раку молочной железы и шейки матки  
[breast-cervical.cancersummit.org](http://breast-cervical.cancersummit.org)

**8-9**  
Эстония, Таллин  
Всемирный конгресс по акушерству и гинекологии  
[www.pcscongress.com](http://www.pcscongress.com)

**13-14**  
Великобритания, Лондон  
2-я Международная конференция по женскому здоровью и раку молочной железы  
[www.medicaleventsguide.com](http://www.medicaleventsguide.com)

**26-29**  
США, Лас-Вегас  
50-й Ежегодный конгресс Международного общества по инконтиненции  
[www.ics.org](http://www.ics.org)

**2-5**  
Нидерланды, Амстердам  
Конгресс Международной федерации ассоциаций исследования плаценты IFPA 2020  
[www.ifpa.epineux.com](http://www.ifpa.epineux.com)

**5-8**  
Россия, Сочи  
XIV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

**17-18**  
Канада, Ванкувер  
3-й Всемирный конгресс по акушерству и гинекологии  
[www.scientificfederation.com](http://www.scientificfederation.com)

**21-22**  
Германия, Берлин  
Международная конференция по акушерству и гинекологии  
[gynecology.conferenceseries.com](http://gynecology.conferenceseries.com)

**24-25**  
Великобритания, Лондон  
Международная конференция по акушерству и гинекологии  
[www.waset.org](http://www.waset.org)

**28-30**  
Россия, Москва  
XXI Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя»  
[www.ncagp.ru](http://www.ncagp.ru)

**1-4**  
Индия, Хайдарабад  
17-й Всемирный конгресс Международной федерации по кольпоскопии и патологии шейки матки  
[www.isccp.in](http://www.isccp.in)

**17-21**  
Великобритания, Глазго  
30-й Всемирный конгресс, посвященный УЗИ в акушерстве и гинекологии  
[www.isuog.org](http://www.isuog.org)

**22-23**  
Россия, Москва  
Первый национальный междисциплинарный конгресс «Времена года. Женское здоровье – от юного до серебряного и золотого возраста»  
[ratro.ru](http://ratro.ru)

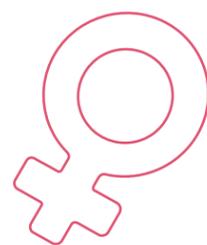
**29-31**  
Россия, Санкт-Петербург  
II Общероссийская научно-практическая конференция для акушеров-гинекологов «Оттовские чтения»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

**4-8**  
США, Денвер  
49-й Всемирный конгресс Американской ассоциации гинекологов-лапароскопистов  
[www.aagl.org](http://www.aagl.org)

**12-14**  
Россия, Казань  
VII Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: казанские чтения»  
[www.praesens.ru](http://www.praesens.ru)

**19-21**  
Германия, Берлин  
28-й Всемирный конгресс «Контрверсии в акушерстве, гинекологии и бесплодии» (COGI)  
[cogi-congress.org](http://cogi-congress.org)

**7-8**  
Япония, Токио  
Ежегодный конгресс по женскому здоровью  
[womenshealth.healthconferences.org](http://womenshealth.healthconferences.org)



# Новые аспекты этиопатогенеза «взрывают» наши представления о бактериальном вагинозе

Г.Б. Дикке

В настоящее время и учеными, и врачами признается недостаточная эффективность терапии бактериального вагиноза (БВ). Высокая частота рецидивов (по последним данным, более 50 % в течение 3–6 мес. и 70 % – в течение 12 мес. после лечения) с невозможностью предотвратить их остается признанной, но до сих пор не решенной проблемой существующих терапевтических стратегий и заставляет искать новые подходы к лечению и профилактике.



## ПОЧЕМУ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ТАК АКТУАЛЕН В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ?

Значительный вклад в изменение наших представлений о БВ внесли исследования последних лет, свидетельствующие о том, что эпидемиологический профиль бактериального вагиноза аналогичен профилю инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Систематическим обзором и метаанализом еще в 2008 году (Fethers K. A. с соавт.) была выявлена достоверная причинно-следственная связь между БВ и незащищенными сексуальными контактами. Наиболее значимый фактор риска для эпизодического БВ – новый сексуальный партнер, а для рецидивирующего – сексуальные контакты с тем же партнером, при этом использование презерватива снижает частоту БВ в два раза. БВ значительно связан с наличием трех и более половых партнеров в течение года. Женщины чаще страдают БВ, если они имели коитархе в более молодом возрасте и большее количество половых партнеров в течение жизни. Рецидив после лечения – факт, который свидетельствует о том, что передача половым путем – неотъемлемая часть патогенеза БВ. Кроме того, БВ связан с повышением риска ИППП в 2,7 раза, в том числе ВИЧ и ВПЧ.

## ЧТО НОВОГО ОБНАРУЖИЛИ УЧЕНЫЕ В ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ БВ?

Известно, что *G. Vaginalis* встречается во влагалище здоровых женщин. Что же

заставляет этот микроорганизм проявлять вирулентность?

Концептуальная модель патогенеза БВ, представленная Schwabke J. R. с соавт. (2014), свидетельствует о том, что присутствие других микроорганизмов (комменсалов и патобионтов) приводит к повышению адгезии *G. vaginalis* к клеткам эпителия влагалища, способности к образованию биопленок и цитотоксичности.

Кроме *G. Vaginalis* БВ-ассоциированными микроорганизмами являются *A. vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Prevotella spp.*, *Porphyromonas spp.*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Megasphaera spp.*, *Leptotrichia spp.*, *Dialister spp.*, *M. Hominis*, *U. Urealyticum*, а также бактерии, относящиеся к *Clostridiales*, которые формируют синергичные взаимосвязи. У некоторых женщин с БВ выявляются *Candida spp.* и аэробная микрофлора, такая как *E. coli*, стрептококки группы В (*S. Agalactiae*) и *S. Aureus*.

Отмечается, что биопленки могут активировать некоторые факторы ви-

рулентности, чтобы обойти иммунную защиту и выжить. Кроме того, биопленка ограничивает проникновение антибактериальных средств к бактериям, при этом их концентрация оказывается ниже терапевтической, что приводит к неудачам лечения.

При повторном применении препаратов той же группы благодаря кворумной сигнализации, обмену генетической информацией и адаптивным реакциям в пределах биопленки формируется резистентность бактерий к ним.

В 2014 году ВОЗ в докладе «Antimicrobial resistance: global report on surveillance» приводит список установленных резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам во всем мире, в котором нет сведений о резистентности *G. Vaginalis* к используемым в настоящее время антимикробным средствам.

Однако в одном из исследований, где изучалась чувствительность 1059 анаэробных бактериальных изолятов, у 17 % из них отмечена базовая устойчивость к клиндамицину, 53 % проявили резистентность после терапии и 80 % – в течение 90 дней после лечения, при этом только 1 % изолятов имели базовую устойчивость к метронидазолу, которая не изменялась после лечения. Только в одной работе приводятся сведения о резистентности *G. Vaginalis* к метронидазолу при рецидивах в 68 % штаммов, а также большей резистентности к нему изолятов *A. Vaginae*. Показано также, что присутствие других

патобионтов (стрептококки, стафилококки, энтерококки) приводит к снижению эффективности метронидазола, что определяет необходимость дополнительных воздействий, разрушающих биопленку и/или нацеленных на патобионты.

Исследование Petrina M. A. B. с соавт. (2017) продемонстрировало, что все виды *Prevotella* и *Bacteroides* устойчивы к клиндамицину, но высокочувствительны к терапии метронидазолом. 100 % *L. Arispatus*, 96 % *L. Jensenii*, 19 % *L. Gasseri* и 67 % *L. Iners* показали очень высокую чувствительность к клиндамицину, в то время как к метронидазолу все протестированные лактобактерии оказались устойчивы.

Работы McMillan A. с соавт. (2011) in vitro демонстрируют эффективность метронидазола по отношению и к *G. Vaginalis*, и к *A. Vaginae*, а также способность к разрушению биопленок за счет образования «отверстий» в них.

## ЛАКТОБАКТЕРИИ БЫВАЮТ РАЗНЫЕ

Доминирующие виды *Lactobacillus* во влагалище здоровых женщин включают *L. Crispatus*, *L. Gasseri*, *L. Iners* и *L. Jensenii*, и степень защиты от патогенов зависит от преобладающего вида.

*L. Crispatus*, который продуцирует D- и L-молочную кислоту, обеспечивает стабильность вагинального сообщества и связан с низкой частотой БВ; напротив, преобладание *L. Iners* обычно связано с дисбиозом.

Исследования также показали, что микробиота без доминирования *Lactobacillus* встречается у 20–30 % здоровых женщин.

## ИМЕЕТ ЛИ МЕСТО ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ БВ?

Отсутствие клинических признаков воспаления и лейкоцитарной реакции при микроскопии влагалищного отделяемого послужило основанием для определения БВ как «инфекционного невоспалительного синдрома». Тем не менее у пациенток с БВ присутствуют по крайней мере три из пяти клинических признаков воспаления: патологические выделения (у 74–86 % пациенток), жжение, зуд, дискомфорт/боль (у 54–64 %), нарушение функции – диспареуния, дизурия (у 14–54 %).

Вагинальные сообщества, в которых преобладают анаэробы, связаны с иммуноопосредованной воспалительной реакцией.

БВ демонстрирует высокий провоспалительный потенциал, связанный с секрецией цитокинов. Повышение IL-8 во влагалище коррелирует с притоком воспалительных клеток CD 45+ (гранулоциты) и CD 3+ (Т-лимфоциты) в очаг инфекции. Напротив, факторы, секретируемые анаэробами, такие как сиалидазы, притупляют ответ IL-8 и, несмотря на повышение уровня IL-1, приводят к отсутствию явных воспалительных симптомов и лейкоцитарной реакции (количество нейтрофилов в вагинальном секрете имеет отрицательную корреляцию с сиалидазой). При этом, однако, количество CD 4+ Т-лимфоцитов (Т-хелперы) значительно выше при БВ (как и при кандидозном вагините) по сравнению с женщинами с нормальной микрофлорой.



В большинстве научных исследований последних лет используется микроскопия влагалищного мазка с оценкой по критериям Нугента (Nugent).

**ЧТО НОВОГО В ДИАГНОСТИКЕ БВ?**

Наиболее популярным в клинической практике методом диагностики БВ является клинко-лабораторный, основанный на определении не менее чем 3 из 4 критериев Амсея (Amsel). Однако в настоящее время данный метод подвергается сомнению в связи с низкими значениями чувствительности (46–79%) и специфичности (27–60%) таких показателей, как рН и КОН-тест. Наиболее высокими показателями отличался критерий «наличие ключевых клеток» – 95 и 90% соответственно. Поэтому в большинстве научных исследований последних лет используется микроскопия влагалищного мазка с оценкой по критериям Нугента (Nugent), которая имеет положительную корреляцию с диагнозом БВ и положительную прогностическую ценность от 76 до 100%.

Микроскопия влагалищного мазка с оценкой по критериям Нугента рекомендована в качестве «золотого стандарта» диагностики БВ для клинической практики последним гайдлайном IUSTI/WHO\* (2018).

Культуральный метод имеет ограниченную ценность и не рекомендуется в рутинной практике, поскольку характеризуется низкой специфичностью и прогностической ценностью положительного результата менее 50%.

Идентификация условно-патогенных микроорганизмов по культуре не имеет никакого значения и вводит в заблуждение, так как разнообразные виды бактерий могут колонизировать влагалище и не являются патогенными, а многие из микроорганизмов, связанных с БВ, не поддаются культивированию (Jones A., 2019). Данный метод полезен только для идентификации видов *Candida non-albicans* при рецидивирующих формах кандидозного вульвовагинита и стрептококков группы А.

На сегодняшний день методы нуклеиновых кислот не оказались полезными для клинической диагностики сложного микробного дисбаланса при БВ, но необходимы для верификации других инфекций.

**СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**

Поскольку резистентность анаэробов (в т.ч. *G. vaginalis*) к метронидазолу или клиндамицину достоверно не установлена, в настоящее время в клинических рекомендациях, как и в предыдущие годы, указывается вагинальное их применение (уровень доказательности Ia; A) или внутренний прием (при устойчивости к вагинальным препаратам либо при сочетании с трихомонадами – Ia; A).

Эксперты IUSTI/WHO (2018) рекомендуют метронидазол в качестве первой линии терапии БВ.

Метронидазол разрушает биопленки и предпочтительнее клиндамицина при первом эпизоде БВ, поскольку анаэробная флора быстрее формирует устойчивость к клиндамицину, чем к метронидазолу, а также в связи с тем, что клиндамицин полностью ингибирует лактобактерии.

Поскольку присутствие парабионтов изменяет свойства основных патогенов, ассоциированных с БВ, достижение лучшего эффекта показано при применении комбинированных средств. Например, свечи, содержащие 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола, 2 р/д 7 дн., демонстрируют высокий эффект при ассоциациях анаэробов, грибов и/или кокковой флоры, поскольку миконазол помимо антифунгального обладает и антибактериальным действием.

Кроме того, в сравнительном исследовании комбинированных препаратов, содержащих метронидазол/миконазол,

Поскольку присутствие парабионтов изменяет свойства основных патогенов, ассоциированных с БВ, достижение лучшего эффекта показано при применении комбинированных средств.

показано, что эффективность препарата определяется не только дозой активного вещества, но и носителем (суппозитор AM в препарате Метромикон-нео), который обеспечивает его высокие биоадгезивные и мукоадгезивные свойства, быстрое расплавление суппозитория при температуре тела с образованием объемной пенистой массы, которая равномерно распределяется по слизистой оболочке с проникновением в труднодоступные складки влагалища.

Сравнительное рандомизированное исследование результатов лечения 123 женщин со смешанной формой вагинального дисбиоза в прекоцепционной подготовке препаратами Метромикон-нео (свечи 2 р/д, 7 дн.) и клиндамицин (2% крем 1 р/с, 6 дн.) с последующим введением препарата Вагилак (*L. Rhamnosus GR-1* и *L. Reuteri RC-14* не менее  $1 \times 10^9$  КОЕ/г по 1 капс 1 р/д, 15 дн.), выполненное в 2019 г., выявило сравнимую высокую клиническую (96,8 и 96,6% соответственно по критерию «патологические выделения» на 30-й день после лечения,  $p > 0,05$ ) и микробиологическую (90,3 и 82,9% соответственно,  $p > 0,05$ ) эффективность. Однако применение клиндамицина в дальнейшем потребовало антимикотической терапии у 17,2% пациенток в связи с выявленной обсемененностью *Candida spp.* При контроле в те же сроки *Lactobacillus spp.* присутствовали у 90,6 и 86,2% пациентов соответственно ( $p < 0,005$ ). Наилучшая комплаентность по шкале Мориски-Грин выявлена при приеме препарата Метромикон-нео по сравнению с клиндамицином (87,1 против 72,4%

соответственно), что говорит о большем удобстве использования свечей Метромикон-нео без помех для активной жизни (Боровиков И. О. с соавт., 2019).

Более предпочтительным является комбинированный препарат, так как он оказывает действие не только на более широкий спектр БВ-ассоциированных патогенов, но и на грибы, простейшие и кокковую флору (*S. Aureus*, *Enterococcus spp*, *Strept. Spp*), при этом частота рецидивов составляет всего 18% в течение 6 мес. и 21% – в течение 1 года.

Кроме того, отмечается, что адъювантная терапия пробиотиками может играть важную роль в повышении эффективности и предотвращении рецидивов.

В отличие от российских рекомендаций, делающих ставку на двухэтапный метод терапии БВ клиндамицином (или антисептиками) и вагинальными пробиотиками, содержащими *L. Acidophilum* или *L. Casei Rhamnosus Doderleini*, зарубежные исследователи на основании метаанализа делают более осторожные выводы, сообщая, что определенные штаммы лактобактерий, вводимые интравагинально, способны колонизировать влагалище и требуют дальнейшего изучения. Одновременно они констатируют, что внутренний прием *L. Acidophilus* или комбинации *L. Rhamnosus GR-1* и *L. Reuteri RC-14* в дозе не менее  $10^{6-7}$  КОЕ/день является эффективным в профилактике рецидивов БВ.

В обзоре 2017 года отмечается, что *L. Rhamnosus GR-1* и *L. Reuteri RC-14* чаще всего встречаются у здоровых женщин в кишечнике и мочеполовых путях и именно они наиболее полезны для восстановления биоценоза.

Исследование *in vitro* продемонстрировало способность этих видов лактобактерий уничтожать аэробную флору (*E. Coli*) и, наряду с метронидазолом, нарушать биопленку. А наиболее эффективной оказалась комбинированная схема при одновременном приеме метронидазола с пробиотиком. Так, в исследовании Anukam K. (2006) 88% пациенток, получавших метронидазол/пробиотик, были излечены (против 40%, получавших метронидазол/плацебо), и высокие показатели *Lacto-*

*bacillus spp.* ( $> 10^5$  КОЕ/мл) были обнаружены во влагалище 96% субъектов, получавших пробиотик, по сравнению с 53% в контроле на 30-й день после лечения.

**НОВОСТИ О БЕЗОПАСНОСТИ МЕТРОНИДАЗОЛА И КЛИНДАМИЦИНА**

Безопасность метронидазола и клиндамицина для плода относится к категориям В 2 и А соответственно по классификации FDA AU TGA. Исследования метронидазола на животных не выявили доказательств тератогенности, фетотоксичности или другого вреда для плода.

Опубликованные данные включают более 5000 женщин, которые использовали этот препарат во время беременности (многие в I триместре), – не было выявлено повышенного риска врожденных аномалий или других неблагоприятных исходов для плода (FDA, 2019).

Согласно международным рекомендациям IUSTI/WHO (2018) метронидазол можно применять при беременности на любом сроке, однако в этих обстоятельствах лучше избегать схем с высокими дозами; по рекомендациям FDA – только в случаях, когда ожидаемая польза превышает возможный вред; согласно Российским клиническим рекомендациям – со II триместра беременности. Не рекомендуется применение метронидазола и клиндамицина во время грудного вскармливания.

Таким образом, изменения в эпидемиологии, увеличение частоты рецидивов на фоне изменения устойчивости БВ-ассоциированных микроорганизмов при повторном применении противомикробных препаратов, подавление местных механизмов иммунной защиты требуют новых подходов и рекомендаций по предупреждению, лечению БВ и воспалительных заболеваний, вызванных ассоциированными инфекциями, и управлению ими.

\* IUSTI – Международный союз по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем; WHO – Всемирная организация здравоохранения

Метронидазол 500 мг + Миконазола нитрат 100 мг

# МЕТРОМИКОН-НЕО

Ценность для женского здоровья





Реклама  
РХ: ЛП-001676



- Два вещества – три действия<sup>1</sup>
- Активен в отношении *Gardnerella vaginalis*<sup>1, 3</sup>
- Способствует разрушению бактериальной биопленки<sup>2, 3</sup>

СУППОЦИР АМ – оптимальная основа суппозитория, которая расплавляется под действием температуры тела и способствует равномерному распределению действующего вещества

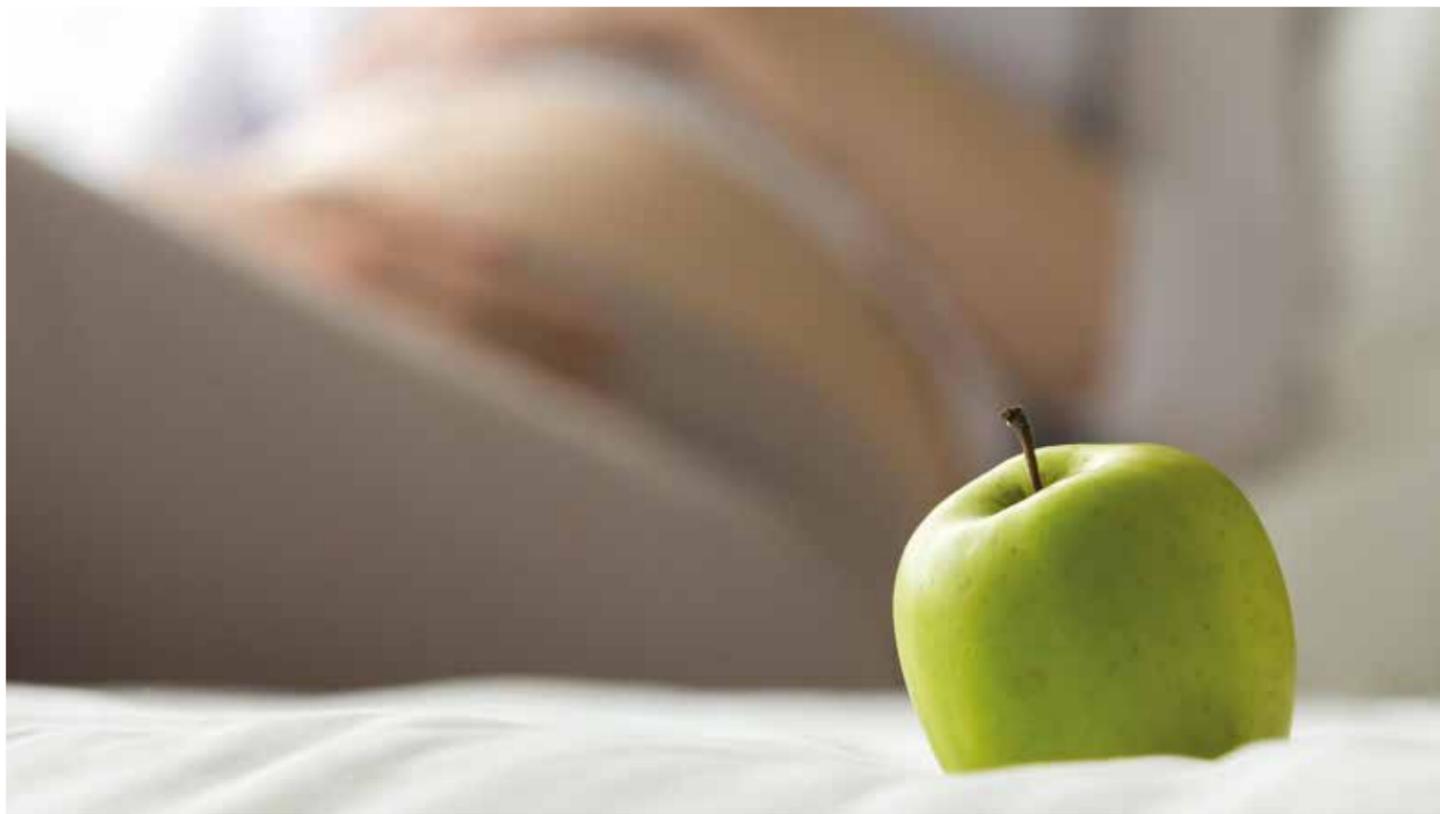
1. Инструкция по медицинскому применению препарата; 2. McMillan A., Dell M., Zellar M.P., Cribby S., Martz S., Hong E., Fu J., Abbas A., Dang T., Miller W., Reid G. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli. Colloids Surf. B Biointerfaces. 2011; 86:58–64; 3. Пестрикова Т.Ю. «Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения», РМЖ Акушерство и Гинекология 2018, № 2).

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# Железодефицитная анемия у беременных

О.В. Рогачевский, С.Р. Гурбанова, И.В. Завьялова

**Недостаток железа является наиболее распространенным пищевым дефицитным состоянием в мире и главной причиной анемии у беременных (до 75%). По определению ВОЗ, анемией при беременности считается снижение уровня гемоглобина крови менее 110 г/л, а во II триместре – менее 105 г/л. Эти значения используют в большинстве эпидемиологических исследований.**



Известно, что за период гестации в организме женщины происходит ряд физиологических изменений, в том числе и со стороны системы крови. Общий объем плазмы увеличивается на величину до 50% от исходного, а глобулярный объем возрастает только на 25%. Вследствие этого требуется большее количество микроэлементов и витаминов, необходимых для обеспечения нормального развития плода и плаценты, в частности синтеза гемоглобина. При отсутствии адекватного восполнения возрастающих потребностей развиваются дефицитные состояния (в первую очередь это относится к железу) и, как следствие, анемия. Обусловлено это множеством факторов: нередко беременность наступает на фоне исходно сниженного уровня гемоглобина или недостаточных запасов железа в организме, что может быть вызвано особенностями диеты, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или длительными обильными менструациями.

Железо – один из важнейших микроэлементов; его адекватный статус является значимой предпосылкой для нормального развития плода и зрелости новорожденного. Показано, что тяжелая анемия (гемоглобин менее 90 г/л)

может способствовать осложнениям беременности и неблагоприятно влиять на ее исход.

## ЖЕЛЕЗА МНОГО НЕ БЫВАЕТ?

Для адекватной оценки показателей обмена железа в организме и своевременного выявления железодефицитных состояний необходимо применение ряда лабораторных тестов. Помимо общего анализа крови (ОАК), дающего представление о содержании гемоглобина и характеристиках эритроцитов, статус железа может быть оценен в первую очередь с помощью исследования ферритина сыворотки. Дополнительные методы включают определение процента (коэффициента) насыщения трансферрина (НТФ) и его сывороточного растворимого рецептора (РРТ). Показатель железа сыворотки не является надежным диагностическим параметром, поэтому его недостаточно для уточнения генеза анемического состояния. Изолированное исследование содержания гемоглобина также не описывает характер анемии во время беременности в связи с наличием у пациенток различной степени гемодилуции. Уровень ферритина позволяет охарактеризовать полноту запасов железа в организме, показатели сывороточного РРТ и НТФ служат маркерами дефицита железа на клеточном уровне, а величина гемоглобина дает информацию о железодефиците (ЖД) функционального характера. С практических позиций ОАК и сывороточный ферритин (СФ) составляют достаточный объем обследования для оценки статуса железа и диагностики железодефицитной анемии (ЖДА) у большинства женщин. Важно, что в присутствии воспаления уровень ферритина может быть достоверно высоким. В таком случае повышение С-реактивного белка (СРБ) становится подтверждением

воспалительного процесса, требующего лечения. Безусловно, ключевой момент диагностики и залог эффективности терапии – это исключение других причин анемии.

## ЦЕННЫЙ МЕТАЛЛ

За время с I до III триместра потребность в железе возрастает от 0,8 до 7,5 мг/сут (в среднем 4,4 мг/сут). В целом для нормальной гестации необходимо дополнительно около 1 240 мг этого микроэлемента. Показано, что многие небеременные женщины имеют сниженные запасы железа – у 42% из них уровень СФ менее 30 мкг/л, и лишь в 14–20% случаев этот показатель превышает 70 мкг/л (то есть запасы уравновешивают потребности нормальной беременности).

Можно выделить определенные факторы высокого риска развития ЖДА: многоплодная беременность; короткие интергравидарные интервалы; донорство крови; вегетарианство/веганство; низкий социально-экономический статус женщины; наличие у пациентки хронических заболеваний ЖКТ.

Результаты европейских исследований продемонстрировали, что добавления 45–66 мг двухвалентного железа в сутки на сроке от 12–20 недель гестации до родов достаточно, чтобы предотвратить ЖДА у здоровых беременных. То же относится и к профилактической дотационной дозе 30–40 мг. В то же время прием даже низких доз содержащих железо препаратов (в диапазоне 20–27 мг/сут) оказывается лучше, чем отсутствие добавок с ним, тогда как ежедневная дотация 14–18 мг двухвалентного железа в составе поливитаминных препаратов не влияет на его статус у женщин.

Таким образом, в настоящее время рекомендован индивидуальный подход к профилактике ЖДА, предполагающий

оценку запасов железа (СФ) до беременности и в ее начале, а также профилактическое назначение железосодержащих препаратов в дозе 30–60 мг/сут на протяжении всего гестационного периода до момента родов.

## СНАЧАЛА ВНУТРЬ, ЗАТЕМ ВНУТРИВЕННО

При подтверждении железодефицитной этиологии анемии должно быть произведено восполнение ЖДА пероральным или внутривенным введением соответствующих препаратов. Говоря о выборе способа их назначения, следует кратко остановиться на некоторых особенностях обмена железа.

Всасывание железа регулируется в соответствии с интенсивностью эритропоэза и его запасами. Доказано, что в случае их истощения увеличивается кишечная абсорбция микроэлемента. Кроме того, этот процесс стимулируется усилением эритропоэтин-индуцированного эритропоэза во II и III триместрах. Такая сочетанная стимуляция всасывания была подтверждена в исследованиях, показавших, что с увеличением срока беременности происходит повышение поглощения железа, причем наиболее активно это происходит после 20 недель. Способность усвоения через ЖКТ значительного количества железа благоприятна для лечения ЖДА у беременных таблетированными препаратами. В связи с этим назначение таких лекарств является терапией первой линии, особенно на протяжении I и II триместров беременности, когда применение внутривенных препаратов ограничено (преимущественно в I триместре). При нетяжелой анемии с величиной гемоглобина 90–105 г/л рекомендованное количество элементарного железа составляет 30–60 мг/сут. После перорального лечения в течение 2–4 недель следует оценить эффект. Если содержание гемоглобина увеличилось более чем на 10% от исходного, терапию следует продолжать в течение оставшегося периода беременности под контролем показателей гемоглобина и СФ.

Рефрактерность к лечению может быть следствием несоблюдения режима приема препарата вследствие субъективных причин, побочных эффектов со стороны ЖКТ, нарушения всасывания железа (ахлоргидрия, воспалительное заболевание кишечника) или дополнительных его потерь (например, скрыто продолжающееся кровотечение).

Пероральные железосодержащие препараты отличаются по количеству и фармакологическим характеристикам содержащегося железа, а также наличию дополнительных компонентов. Для этих медикаментов характерны типичные недостатки: специфические органолептические свойства; сравнительно низкая биодоступность; способность раздражать слизистую оболочку ЖКТ, вызывая диспепсию, тошноту, запоры или поносы. Поэтому «идеальное» (или близкое к нему) лекарство должно содержать оптимальное количество микроэлемента, иметь минимум побочных эффектов и простую схему применения.

Следует помнить о необходимости дотации дополнительных факторов улучшения обмена железа. Так, витамины группы В задействованы в синтезе глобина и эритропоэтина, транспорте железа через слизистую оболочку кишки, а также во включении железа в молекулу гема; витамин С поддерживает структуру кишечного эпителия и его регенерацию, принимает участие в транспорте железа, влияет на его кинетику, способствуя переходу трехвалентной формы в двухвалентную и встраиванию его атома в гем, участвует в образовании фолиевой кислоты из фолиевой.

**Результаты европейских исследований продемонстрировали, что добавления 45–66 мг двухвалентного железа в сутки на сроке от 12–20 недель гестации до родов достаточно, чтобы предотвратить ЖДА у здоровых беременных. То же относится и к профилактической дотационной дозе 30–40 мг.**

Лечение ЖДА во время беременности проводится с применением различных лекарственных форм. При уровне гемоглобина более 90 г/л – это пероральные препараты в дозе 30–60 мг/сут элементарного железа в зависимости от значений СФ. Внутривенные медикаменты назначают при анемии с величиной гемоглобина менее 90 г/л.

еды, в объеме суточной дозы либо дробно. Контроль эффективности назначения следует провести через 4 недели, исследовав уровни гемоглобина и СФ относительно исходных показателей до начала терапии. Если есть эффект, лечение продолжается до нормализации показателей обмена железа. В противоположной ситуации (при недостаточном приросте уровня гемоглобина – менее 10% за 4 недельный период) или при возникновении побочных эффектов, а также в случае выраженной анемии предпочтительно использование препаратов для внутривенного введения. Они превосходят пероральные формы по скорости восстановления содержания гемоглобина и пополнения запасов железа в организме. Однако безопасность их в I триместре недостаточно доказана, поэтому они могут быть рекомендованы к применению на дальнейших этапах беременности. Внутривенные медикаменты уменьшают потребность в трансфузиях компонентов крови и являются альтернативой им при тяжелой ЖДА.

В настоящее время наиболее эффективным терапевтическим подходом, позволяющим в кратчайшие сроки безопасно получить максимальный эффект, является назначение карбоксимальтозата железа. Он представляет собой бездекстранный комплекс, который может быть использован в максимальных дозах (до 1 000 мг на одно внутривенное введение) за короткий промежуток времени (на одну инфузию требуется 15–30 мин). Повторные введения проводятся еженедельно из расчета 20 мг железа на 1 килограмм массы тела. Согласно данным Cochrane

Database, среди аналогичных препаратов именно карбоксимальтозат железа служит препаратом выбора при ЖДА беременных. Несмотря на то что внутривенные препараты считаются безопасными во II и III триместрах, инфузии должен осуществлять персонал медицинского учреждения во избежание возможных аллергических, местных воспалительных (флебит) или других реакций.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суммируя представленные данные и рекомендации, можно подытожить, что ЖДА является наиболее частой формой анемии при беременности (до 95%). Диагноз ЖДА основывается на выявлении снижения уровней гемоглобина крови и СФ. Среди небеременных женщин репродуктивного возраста до 40% имеют недостаточные запасы железа по отношению к предстоящей беременности, поэтому при ее планировании вопросы своевременной коррекции ЖД (до развития анемии) крайне важны. Учитывая возрастающие потребности в железе на фоне гестации, диетические меры и прием поливитаминных комплексов недостаточны для коррекции ЖД. С этой целью должны использоваться комбинированные препараты.

Лечение ЖДА во время беременности должно проводиться с применением лекарственных форм для приема внутрь или внутривенного введения. При уровне гемоглобина более 90 г/л первая линия терапии – это пероральные препараты в дозе из расчета 30–60 мг/сут элементарного железа в зависимости от значений СФ. Показаниями для назначения беременным внутри-

В настоящее время рекомендован индивидуальный подход к профилактике ЖДА, предполагающий оценку запасов железа (СФ) до беременности и в ее начале, а также профилактическое назначение железосодержащих препаратов в дозе 30–60 мг/сут на протяжении всего гестационного периода до момента родов.

венных медикаментов служат анемия с величиной гемоглобина менее 90 г/л, недостаточный эффект от перорального лечения (неадекватный прирост уровня гемоглобина на протяжении 4 недель), плохая его переносимость либо нарушение всасывания железа в ЖКТ.

Своевременное выявление и эффективная, безопасная для беременных терапия ЖДА позволяют в кратчайшие сроки нормализовать содержание гемоглобина и улучшить показатели статуса железа, что, в свою очередь, улучшает качество жизни и предотвращает развитие осложнений беременности. Принимая во внимание неизбежность развития той или иной степени ЖДА в гестационный период у абсолютного большинства беременных и учитывая негативные отдаленные последствия недостатка железа для антенатального развития ребенка, наиболее оправданной следует признать тактику ранней профилактики ЖД и лечения анемии.

#### КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

Одним из хорошо изученных и эффективных пероральных препаратов для коррекции ЖД является Фенюльс. Это уникальная комбинация железа и ряда витаминов для профилактики и лечения железодефицитных состояний в различные периоды жизни женщины. Препарат содержит 55 мг двухвалентного железа, что соответствует рекомендованным ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения) профилактическим дозам, необходимым для женского организма вне зависимости от беременности. Запатентованный синергичный комплекс аскорбиновой кислоты и витаминов группы В способствует улучшению всасывания железа, помогает восстановлению нарушенного клеточного метаболизма. Микродиализные гранулы в капсуле обеспечивают равномерное и постепенное высвобождение ионов железа, улучшая его переносимость.

Капсулы Фенюльс рекомендовано принимать внутрь с небольшим количеством воды во время или сразу после



Доставка железа, когда это особенно необходимо



Способствует восполнению дефицита железа в период беременности и лактации\*

Специально подобранный комплекс витаминов содействует улучшению всасывания железа\*

Особая технология изготовления гранул в капсуле обеспечивает равномерное поступление ионов железа, улучшая его переносимость\*

\* Инструкция по медицинскому применению препарата Фенюльс

Представительство компании с ограниченной ответственностью "Сан Фармасьютикал Индастриз Лимитед" (Индия) г. Москва. Адрес: 107023, Москва, Электровзаводская ул., д. 27, стр. 8, пом. 14/1. Тел. +7 (495) 234-56-11



При возникновении возможных нежелательных реакций (НР) на препараты компании Сан Фарма просьба информировать об этом своего регионального представителя, а также медицинский отдел представительства компании Сан Фарма в России по телефону: +7(495) 234 56 11 (доб.4) или по электронной почте [drugsafety.russia@sunpharma.com](mailto:drugsafety.russia@sunpharma.com)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

## ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Кисина В.И., Гушин А.Е., Забиров К.И.  
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 144 с.



В книге представлены краткая клиническая характеристика инфекций, передаваемых половым путем, и других урогенитальных заболеваний, современные методы их диагностики и алгоритмы лечения. Издание предназначено врачам-дерматовенерологам, урологам, акушерам-гинекологам, семейным врачам, инфекционистам и другим специалистам.

## БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА

Квинан Д.Т., Спонг К.И., Локвуд Ч. Дж.

Пер. с англ. Под ред. А.Д. Макацарии, В.О. Бицадзе.  
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 560 с.



Издание посвящено патологическим состояниям, осложняющим течение беременности, родов и послеродового периода. Как особенность данного руководства, помимо высокого научного уровня, стоит отметить его максимально практическую направленность. Издание предназначено акушерам-гинекологам и врачам смежных специальностей.

## БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Фофанова И.Ю.  
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 160 с.  
С-Пб: СпецЛит, 2019. 160 с.



Книга посвящена одной из основных проблем в акушерстве и гинекологии – бактериальным инфекциям органов малого таза, а также их патогенетической связи с большим числом различных нозологических форм патологии в акушерстве, гинекологии, неонатологии.

гических форм патологии в акушерстве, гинекологии, неонатологии.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

Аполихина И.А., Болотова Н.В., Райгородский Ю.М.  
М.: Практическая медицина; 2019. 208 с.



В руководстве обоснована концепция многоуровневого воздействия различными физическими факторами на звенья патогенеза значительного ряда гинекологических и урогинекологических заболеваний. Книга предназначена для врачей-гинекологов, реабилитологов и физиотерапевтов.

В руководстве обоснована концепция многоуровневого воздействия различными физическими факторами на звенья патогенеза значительного ряда гинекологических и урогинекологических заболеваний. Книга предназначена для врачей-гинекологов, реабилитологов и физиотерапевтов.

## О правах человека в сексуальной и репродуктивной сфере

Европейское общество по контрацепции и репродуктивному здоровью (ЕСС) подготовило документ по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам человека в этой сфере, который был представлен на мероприятии, организованном Испанским обществом контрацепции в Мадриде (Мадридская декларация).

### Основные положения документа

- В центре внимания должны быть доказательная медицина и соблюдение прав человека, в том числе связанных с реализацией сексуального и репродуктивного здоровья, а не политические и религиозные убеждения.
- Сексуальные и репродуктивные права являются неотъемлемой частью прав человека наравне с правами на здоровье, жизнь, свободу от пыток, неприкосновенность частной жизни и т.д.
- Контрацепция спасает жизни, сохраняет здоровье и не требует больших затрат. Поэтому всем женщинам и мужчинам для реализации их репродуктивных прав необходимо обеспечить свободный доступ к контрацептивам.
- Стерилизация должна быть в свободном доступе для тех, кто хочет использовать этот высокоэффективный необратимый метод контроля рождаемости.
- Аборт должен быть доступен и безопасен для всех, кто в нем нуждается.
- Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ широко распространены в Европе. Необходимо прилагать больше усилий для их профилактики и лечения.
- Молодежи необходимо обеспечить всестороннее, соответствующее возрасту образование в области сексуального и репродуктивного здоровья.
- Следует усилить действия, направленные на профилактику и снижение бесплодия.
- Должны быть приняты меры по первичной и вторичной профилактике рака репродуктивных органов.
- Необходимо устранить существующие различия в показателях материнской смертности в Европе.
- По всей Европе требуется проводить больше работы по предупреждению и борьбе с насилием по признаку пола. Необходимы дополнительные усилия для предотвращения калечащих операций на женских половых органах.
- Необходимо обучение специалистов в области сексуальных и репродуктивных прав человека.
- В особом внимании нуждаются группы населения, которые подвержены маргинализации и стигматизации (подростки, представители ЛГБТ-сообщества, мигранты, инвалиды, пожилые люди, работники секс-бизнеса).
- Вопросы, поднятые в этом документе, должны быть широко распространены, и должны быть приняты соответствующие меры. Прогресс может быть достигнут только путем междисциплинарной работы и формирования партнерских отношений между различными организациями.

Полный документ с изложением позиции ЕСС можно скачать здесь:  
<https://escrh.eu/esc-position-paper-lv>.

## Отдохни

### КИНО

Выбор главного редактора  
Галины Борисовны Дикке

«КОЖА, В КОТОРОЙ Я ЖИВУ»

Испания, 2011 г.

Жанр: триллер, мелодрама, фантастика.

Режиссер Педро Альмодовар.

В главной роли Антонио Бандерас.

Композитор Альберто Иглесиас.

Премии BAFTA, «Гойя», «Сатурн».



Всемирно известный хирург Роберт Ледгард открыл секрет создания искусственной человеческой кожи. Он уверяет коллег, что производит эксперименты на мышах, однако тайно держит взаперти в своем загородном доме молодую женщину по имени Вера, которая и стала основным объектом его экспериментов...

### КНИГА

Выбор профессора  
Олега Владимировича Рогачевского

Лю Цысинь

«ЗАДАЧА ТРЕХ ТЕЛ»

Fanzone, 2017. 464 с.

Жанр: научная фантастика.



«Задача трех тел» – это первая часть трилогии «Память о прошлом Земли». Роман получил широкое мировое признание. В 2015 году автор стал обладателем премии «Хьюго» за лучший фантастический роман года. Рассказ в книге начинается с конца 1960-х. В те времена Китай переживал последствия жестокой «культурной революции». В ходе секретного военного проекта в космос были посланы сигналы, чтобы установить контакт с инопланетным разумом. Один из сигналов подхватила цивилизация, находящаяся на краю гибели, и теперь пришельцы готовятся вторгнуться на Землю...

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ,  
если вы хотите поделиться своим опытом с коллегами, обсудить ту или иную статью, задать вопросы экспертам, а также оформить бесплатную подписку на газету «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ СЕГОДНЯ», пишите нам по адресу:  
[ol.kononova@abvpress.ru](mailto:ol.kononova@abvpress.ru)

## Акушерство и гинекология сегодня

№4/ 2019

УЧРЕДИТЕЛЬ  
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Директор:  
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ  
Главный редактор:  
Дикке Галина Борисовна

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ  
115478, Москва,  
Каширское шоссе, 24, стр. 15

тел.: +7 (499) 929-96-19

e-mail: [abv@abvpress.ru](mailto:abv@abvpress.ru)

[www.abvpress.ru](http://www.abvpress.ru)

ПЕЧАТЬ  
Типография  
ООО «Юнион Принт»  
Заказ № 193269  
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.