

Акушерство и гинекология



сегодня

№ 2 (25) / 2025



Тема
номера

Методы комплементарной и альтернативной медицины

Физиотерапия
в лечении
бесплодия

с. 3

Немедикаментозное
обезболивание
родов

с. 4

Как повысить
приверженность
терапии

с. 7

Роль молочной
кислоты
в восстановлении
зубиоза влагалища

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!

Официальная медицина охватывает широкий спектр методов лечения, которые применяются в дополнение к традиционным (комплементарная медицина) или вместо них (альтернативная медицина). К ним относятся целостные медицинские системы (аюрведа, традиционная китайская и тибетская медицина), психофизические техники (медитация, йога, психотерапия), биологические методы (гомеопатия, акупунктура), мануальные методики (массаж, акупрессура, шиацу), применение препаратов природного происхождения и биодобавок (фитотерапия, витаминно-минеральные комплексы).

В 1999 году Национальный центр комплементарной и альтернативной медицины США провел широкомасштабные исследования по проверке эффективности нетрадиционных, альтернативных и комплементарных методов лечения. Выяснилось, что большинство исследованных растительных препаратов неотличимы от плацебо, а у ряда лечебных методик эффект практически отсутствовал. Был выявлен только косвенный эффект у релаксационных процедур (уменьшение боли и тревожности).

В Испании принят закон об ограничении альтернативной медицины в медицинских практиках. На это правительство сподвигли громкие случаи смерти людей, сделавших выбор в пользу альтернативной медицины. Среди примеров указаны в том числе гомеопатия, ароматерапия и акупунктура. Попал в «черный список» и психоанализ Фрейда.

Всемирная организация здравоохранения прилагает усилия для продвижения доказательного подхода при оценке безопасности, эффективности и качества нетрадиционных методик, чтобы подтвердить или опровергнуть их научным методом. В этом выпуске нашего издания мы приводим информацию о методах, зарекомендовавших себя положительно с точки зрения доказательства их эффективности.

ИНТЕРВЬЮ

Им подвластны все мишени

О БАДах часто говорят, что они не обладают доказанной эффективностью и их назначение может рассматриваться лишь как уступка моде. А между тем клинические фармакологи утверждают, что именно природные биологические соединения, оказывая плеiotропное действие, позволяют даже при незначительных дозах регулировать метаболические процессы. Почему современные биодобавки должны рассматриваться не как альтернатива, а как союзники лекарственных препаратов, рассказал клинический фармаколог РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор Александр Сергеевич ДУХАНИН.



Александр
Сергеевич
ДУХАНИН

— Александр Сергеевич, сегодня молекулярная медицина все чаще используется для диагностики и лечения самых различных заболеваний, при этом применяются как синтезированные соединения, так и природные. В чем между ними разница, если говорить о механизмах действия?

— Синтетические лекарственные средства (ЛС) могут воздействовать только на одну мишень, тогда как природные соединения способны реагировать с разными различными рецепторами тканей, что обеспечивает их плеiotропный эффект и индивидуальную фармакокинетику. У каждого из этих двух классов соединений своя задача, поэтому их не надо противопоставлять, наша цель — обеспечить синергизм искусственно синтезированных веществ и природных.

— А от чего в данном случае следует отталкиваться?

— Все активные вещества подчиняются законам фармакологии, и первый из них — это фармакодинамика. Она изучает, насколько эффективно молекула может взаимодействовать со своей

мишенью. Как я уже сказал, у большинства ЛС она одна. Например, антигистаминные препараты связываются с рецепторами гистамина H1-типа, ингибиторы протонной помпы блокируют H⁺-K⁺-АТФазу на апикальной мембране париетальных клеток, а статины — фермент печени ГМГ-КоА-редуктазу. То есть один препарат — одна мишень.

Напротив, природные соединения могут работать с различными рецепторами за счет своей сложной структуры и наличия стереоизомеров. У них есть и другое преимущество. Они — «свои» для организма: если от «чужеродных» химических веществ он старается как можно быстрее избавиться, то природные соединения могут длительно

Окончание на с. 2 ►

НОВОСТИ

Экспресс-диагностика генитальных инфекций

В начале 2025 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило новый экспресс-тест для диагностики трех видов наиболее частых инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Его можно использовать непосредственно в поликлиниках и больницах. Результаты могут быть получены за 20 минут. На сегодняшний день подобные исследования занимают значительно больше времени и выполняются лишь в специализированных лабораториях.

В основе диагностики лежит полимеразная цепная реакция (ПЦР). Тест обнаруживает присутствие возбудителей хламидиоза и гонореи, а также *Mycoplasma genitalium*, который считается облигатным патогеном со множественной лекарственной устойчивостью. Имеются данные о роли этого

микроорганизма в развитии цервицита у женщин и уретрита у мужчин. Показана ассоциация *M. genitalium* с воспалительными заболеваниями органов малого таза, бесплодием, простатитом и реактивным артритом.

Согласно статистике, во всем мире ежедневно свыше 1 млн человек становятся носителями ИППП, которые часто протекают без клинических признаков. Предполагается, что обнаружение наличия инфекции непосредственно на месте оказания врачебной помощи обеспечит подбор рациональной терапии без неоправданного и бесконтрольного применения противомикробных препаратов.

Комментарий главного редактора

Метод ПЦР в реальном времени лежит в основе технологии тестов ФЕМОФЛОР®. Метод обладает чувствительностью 90,5–96,7 %, специфичностью 93,6–95 % и более 15 лет успешно применяется в РФ и других странах. В настоящее время разработаны тесты ФЕМОФЛОР®II, а также еще два теста обновленной линейки: ФЕМОФЛОР®ДельтаСкрин и ФЕМОФЛОР®АльфаСкрин. О них вы можете прочитать в прошлом выпуске нашего издания.

Им подвластны все мишени

«Окончание, начало на с. 1

циркулировать в крови, оказывая протективное действие на органы.

— Почему же тогда фармакология не сосредоточится на скрининге и синтезе молекул, аналогичных природным? Ведь если исходить из принципа «свой/чужой», то естественные биологические соединения эффективнее и безопаснее?

— Для разных задач требуются разные средства. ЛС оказывают выраженное мощное точечное действие, благодаря чему могут быстро купировать острый процесс. Природные соединения обладают более мягким эффектом, но они воздействуют на всю цепочку патологических реакций. Однако противопоставлять эти препараты нельзя, поскольку их синергическое действие позволяет добиться наилучших результатов лечения.

— Объединив два класса препаратов, можно получить идеальное лекарство. Какими свойствами оно должно обладать?

— У идеального ЛС, если говорить с позиции фармакологии, на каждую мишень должна приходиться лишь одна активная молекула. Между тем в искусственно созданных препаратах их число несоизмеримо больше — в десятки тысяч раз. Необходимость в таких дозах вызвана тем, что возможность быстрого нахождения своей мишени, причем вслепую, обеспечивается лишь при больших концентрациях действующего вещества. Ведь организм быстро элиминирует чужеродные вещества. Поэтому приходится постоянно поддерживать «терапевтический коридор», чтобы избежать «эффекта ускользания».

Биологические соединения ищут свои мишени также вслепую, но организм не пытается от них избавиться. Более того, активные молекулы природного вещества сопровождают «эскорт помощников», которые помогают им преодолеть все барьеры на пути к мишени. И это одно из самых важных условий.

Искусственно созданной молекуле пройти тканевой барьер очень сложно: организм предусмотрел массу препон, чтобы не допустить чужеродные агенты на свою территорию. Если говорить о пероральных формах, то для проникновения через эпителий желудочно-кишечного тракта величина молекулы не должна превышать 500 Да. К тому же она должна быть липофильной, не иметь заряда и не растворяться в воде. Если же речь идет о природной молекуле — ей об этом можно не заботиться, поскольку ее транспорт обеспечивается специфическими белками-переносчиками.

— Это значит, что такая характеристика, как доза/эффект, будет различаться у природных молекул и искусственно синтезированных?

— Конечно. Возьмем для примера витамин С, аскорбиновую кислоту. С одной стороны, эта молекула знакома организму и будет доставлена к мишени, но это не означает, что эффект препарата будет пропорционален его концентрации. Предельная эффективность будет определяться наличием свободных транспортеров, а их число ограничено. Второй аспект, который следует учитывать, это стабильность соединения. Аскорбиновая кислота легко окисляется, превращаясь в малополезную дегидроаскорбиновую кислоту.

Напротив, аскорбат кальция, натуральная форма витамина С, обладая всеми его свойствами, сохраняет



У природных соединений есть неоценимое преимущество: они созданы тысячи и миллионы лет назад и для организма человека всегда будут «своими»

устойчивость в кислой среде и не растворяется в воде благодаря устойчивой кристаллической структуре. Способность этого соединения противостоять агрессивным факторам гораздо выше, чем у аскорбиновой кислоты.

Аскорбат кальция входит в состав различных комплексных препаратов, состав которых усиливает действие этого витамина. Например, флавоноиды, действуя в синергизме с витамином С, оказывают антиоксидантное, противовоспалительное, венопротективное и эндотелиопротективное действие.

Не менее интересен по своим свойствам препарат, который содержит аналог незаменимой аминокислоты лизина. Это соединение снижает уровень кортизола, что необходимо для адекватного ответа на стресс. Кроме того, лизин помогает поддерживать уровень кальция в организме, увеличивая его всасывание в кишечнике и способствуя почечной реабсорбции. Женщинам требуется всего 400 мг лизина в сутки, чтобы снизить потерю кальция с мочой.

— Вы в данном случае говорите о сложных соединениях, которые трудно доставить в организм. Но почему ЛС проигрывают в тех случаях, когда речь идет о простых молекулах (цинке, железе и других

микроэлементах), в которых нуждается наш организм?

— Объясню на примере цинка, который является мощным антиоксидантом и необходим для повышения иммунитета, снижения воспаления, улучшения когнитивных функций. Металлический цинк моментально окисляется с образованием нерастворимого гидроксида цинка — абсолютно бесполезного для организма соединения. А вот в соединении с глюконовой аминокислотой цинк беспрепятственно всасывается в кишечнике и достигает своей мишени — в тимусе. Только цинк способен превратить тимусин в биологически активную форму, которая обеспечивает дифференцировку Т-лимфоцитов и нормализацию соотношения Т-хелперов и клеток-супрессоров, а также активирует клетки-киллеры. Поддерживать иммунный статус организ-

биологически инертен, и лишь после двух этапов гидроксирования — в печени и почках — он превращается в кальцитриол 1,25-(ОН)₂ D₃, который и поддерживает все жизненно важные процессы.

Холекальциферол — это жирорастворимый витамин, поэтому его необходимо употреблять вместе с пищей. Суточная доза определяется уровнем 25(ОН)D в крови. Если он находится в пределах 20–30 нг/мл, это говорит о недостаточности витамина D, если ниже 20 нг/мл, то о дефиците. В профилактических целях холекальциферол принимают в дозе от 400–500 МЕ. Если говорить о форме препарата, то таблетки, конечно, удобнее, поскольку их легче и комфортнее принимать во время еды.

— В числе продуктов, которые поставляют нам витамин D, вы упомянули мясо рыбы и рыбий жир. Известно, что они являются и источником комплекса омега-3. Почему этот препарат сегодня так популярен? В чем его преимущество?

— Омега-3 — это действительно самый богатый источник полиненасыщенных жирных кислот, прежде всего эйкозапентаеновой и докозагексаеновой. А они чрезвычайно важны для нашего организма, поскольку участвуют в купировании воспалительных и аллергических реакций. У детей комплекс омега-3 обеспечивает развитие головного мозга и нервной системы, повышение иммунитета. У взрослых — это одно из самых мощных средств профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, которое принимает участие в регуляции липидного обмена (снижает уровень триглицеридов и ЛПНП), купировании воспалительных процессов и снижении агрегационной способности тромбоцитов. Прием комплекса омега-3 в совокупности с витамином D многократно повышает эффективность этих препаратов.

— А как правильно определить дозу омега-3, ведь бесконтрольный прием этого препарата может неблагоприятно сказываться на организме?

— Правильно рассчитать дозу можно с помощью маркера баланса жирных кислот — индекса омега-3, который определяется лабораторно. Он представляет собой суммарное содержание эйкозапентаеновой и докозагексаеновой кислот в мембране эритроцитов и выражается в процентах. Индекс может использоваться для прогнозирования риска ишемической болезни сердца. Если он больше 8 %, значит, у сердца максимальная защита, если меньше 4 % — необходима компенсация этих соединений, которая обеспечивается за счет приема активных биодобавок. Не стоит относиться к ним пренебрежительно, поскольку это такой же фармацевтический продукт, как и ЛС, который подвергается строгому контролю качества. Кроме того, у природных соединений есть неоценимое преимущество: они созданы тысячи и миллионы лет назад и для организма человека всегда будут «своими». 🌿

Беседовала Татьяна Шемшур

Физиотерапия в лечении бесплодия трубно-перитонеального и маточного происхождения

В числе методов, направленных на восстановление репродуктивной функции у пациенток с бесплодием, используют природные и преформированные физические факторы, или физиотерапию. Они включают в себя электрические токи, магнитные поля, лазерные излучения, пелоидо- и бальнеотерапию, другие методы, которые воздействуют на организм, не вызывая побочных эффектов, связанных с лекарствами.



Антон Александрович СУХАНОВ
К.м.н., заведующий отделением гинекологии ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», доцент кафедры акушерства и гинекологии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ



Ирина Ивановна КУКАРСКАЯ
Д.м.н., доцент, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный врач ГБУЗ ТО «Перинатальный центр»; главный специалист по акушерству и гинекологии департамента здравоохранения Тюменской области

переменное магнитное поле низкой частоты, СКЭНАР-терапию (самоконтролируемую энергонеироадаптивную регуляцию), гирудотерапию. Описание их приводится в обзорной статье Борисевич О.О. (2023). Отмечается, что они способствуют улучшению гемодинамики органов малого таза, функции рецепторов, ускорению регенерации эндометрия и нормализации иммунного статуса, однако сведения о частоте восстановления фертильности не приводятся.

В нескольких исследованиях обосновано использование внутриматочного орошения растворами, кавитированными низкочастотным ультразвуком (НЧУЗК), при лечении пациенток с бесплодием и ХЭ или после несостоявшегося выкидыша. Метод способствует увеличению М-ЭХО и нормализации его структуры, отмечено восстановление соотношения рецепторов эстрогенов и прогестерона, снижение обсемененности полости матки условно-патогенными бактериями, улучшение локального иммунного статуса. У пациенток после лечения НЧУЗК беременность наступала в 2 раза чаще

Современным подходом является применение пелоидов, например геля на основе лечебных грязей Мертвого моря (ЛГММ). Авторы, использовавшие этот подход, отмечают, что под влиянием ЛГММ происходит ускорение кровотока в яичниковых артериях на стороне формирования желтого тела с улучшением его трофики, что оказывало нормализующее влияние на гормонообразование в яичниках и повышение уровней эстрадиола и прогестерона в среднем в 2 раза, восстановление чувствительности рецепторов эндометрия к половым гормонам (Ремнёва О.В., 2023; Дикке Г.Б., 2015). В исследовании Белокрыницкой Т.Е. с соавт. (2014) у женщин с ХЭ (в сочетании с трубным бесплодием или без него и/или недостаточностью лютеиновой фазы), готовящихся к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), эффективность ЛГММ оценивали на основании критерия «улучшение состояния эндометрия», которое произошло у 57 % против 6 % среди тех, кто получал другое лечение (лекарственный фонофорез или ультразвуковую терапию). Использование ЛГММ увеличивало шанс наступления

ВРТ применение этих методов улучшило маточный кровоток, снизило концентрацию фактора роста эндотелия сосудов, что привело к наступлению беременности у 52 % пациенток с ХЭ, получавших электроимпульсную терапию, и у 32 % пациенток с ХЭ и сопутствующими заболеваниями (миома матки и наружный генитальный эндометриоз, не требующие хирургического лечения) после интерференцтерапии (Бурлев В.А., 2014). В исследовании Волковой Е.Ю. с соавт. (2012) у пациенток с «тонким» эндометрием и неудачами ЭКО в анамнезе электроимпульсная терапия способствовала наступлению беременности в результате последующего ЭКО у 35,9 % (Волкова Е.Ю., 2012), что сопоставимо с предыдущим исследованием.

Таким образом, после физиотерапевтического лечения, как правило, в сочетании с другими методами в авторских вариантах частота наступления спонтанной беременности варьирует от 20 до 52 %, в результате ЭКО — от 18 до 36 %. Однако обращает на себя внимание высокий риск систематической ошибки в выполненных исследованиях

В структуре женского бесплодия 20–30 % приходится на долю трубно-перитонеального (ТПБ), ведущей причиной которого являются воспалительные заболевания органов малого таза и спаечный процесс в малом тазу с нарушением проходимости маточных труб. Среди причин бесплодия маточного происхождения выделяют хронический эндометрит (ХЭ), распространенность которого у бесплодных женщин достигает 56–60 %.

В лечении и реабилитации пациенток с указанными причинами бесплодия, по мнению некоторых авторов, целесообразно использование физических факторов — как локальное, на уровне органов малого таза, так и общее, для ликвидации вторичных функциональных нарушений эндокринной, сосудистой, нервной и других систем организма. При выборе методик лечения необходимо учитывать исходное состояние маточных труб и эндометрия, характер сопутствующей гинекологической и соматической патологии по результатам предварительного обследования.

Для восстановления проходимости маточных труб и/или функции эндометрия из преформированных факторов ранее применяли такие методы, как электрофорез с цинком или магнием, лазеротерапию, иглорефлексотерапию,

Таблица. Эффективность методов физиотерапии среди женщин с бесплодием, обратившихся в отделение планирования семьи и репродукции ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» в 2022 году

Показатели	Количество пациенток, получивших лечение, абс.	Количество выполненных процедур, абс.	Эффективность лечения	
			Наступление беременности, абс. (%)	Частота живорождений, абс. (%)
Гирудотерапия	410	1340	35 (8,5)	33 (8,0)
Пелоидотерапия	68	206	11 (16,2)	11 (15,4)
НЧУЗК	526	1584	81 (15,4)	78 (14,8)
Интерференцтерапия	130	390	14 (10,8)	9 (6,9)
Магнитотерапия	184	552	21 (11,4)	16 (8,7)

(45,3 против 28,1 % получавших антибактериальную терапию) и завершалась родами у 89,7 против 44,4 % соответственно (Богданова А.М., 2017).

Многочисленными предыдущими работами доказано, что пелоиды способствуют саногенезу за счет улучшения метаболических и функциональных процессов в тканях в результате рефлекторного действия на эндокринные и сосудистые механизмы. М.И. Омарпашаева с соавт. (2019) проводили лечение пациенток с ХЭ и бесплодием после несостоявшегося выкидыша с использованием комплекса, включающего НЧУЗК, пелоидотерапию тамбуканскими сульфидными грязями и антибиотик, что привело к наступлению беременности у 63,3 против 36,7 % пациенток, получавших только антибиотики, частота живорождений — 56,7 против 26,7 % соответственно ($p = 0,001$).

спонтанной беременности в 4,5 раза (20,5 против 2,1 % соответственно, $p = 0,01$), повышало эффективность ЭКО в 1,7 раза (18,1 против 8,5 % соответственно, $p = 0,29$).

Разработанная Скоропоцкой О.А. с соавт. (2019) методика двухэтапного курса лечения ХЭ с применением пролонгированной амплипульстерапии позволила добиться восстановления нормальной структуры эндометрия в 70 % случаев (о частоте наступления беременности и живорождений не сообщалось).

Эффективность физиотерапии в программах ВРТ изучена недостаточно. Как действенные методы улучшения рецептивности эндометрия авторы указывают электроимпульсную и интерференцтерапию. У пациенток с ХЭ, привычным выкидышем или неудачей

из-за отсутствия рандомизации и недостаточной мощности (малое количество пациенток в группах наблюдения).

Для оценки различных методов физиотерапии в реальной клинической практике нами проведен анализ результатов лечения 1318 пациенток, обратившихся в отделение планирования семьи и репродукции ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» в 2022 году. Результаты представлены в таблице. Анализ показал, что наибольший эффект по критерию «наступление беременности» достигнут у 16,2 % пациенток, получавших пелоидотерапию. По данным ранее упоминавшегося исследования Белокрыницкой Т.Е. с соавт., среди женщин с бесплодием аналогичный курс лечения позволил добиться наступления спонтанной беременности в 20,5 % наблюдений,

Окончание на с. 11 ►

Немедикаментозное обезболивание родов

Ежедневно в мире происходит более 400 тысяч родов, и вопрос об их обезболивании возникает у всех акушеров планеты. Минимизация медикаментозной нагрузки — позитивная составляющая любого лечебного процесса. Особенно важным может стать отказ от медикаментозного обезбоживания в ходе физиологических родов. В клинических рекомендациях РОАГ (2024), посвященных ведению нормальных родов, рекомендовано «применение немедикаментозных методов обезбоживания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки (уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1)». В приложении перечислены рекомендуемые методы, однако сведения об их эффективности не приводятся. Предлагаем вашему вниманию результаты последних рандомизированных клинических исследований (РКИ), систематических обзоров и метаанализов, которые помогут принять взвешенные решения по выбору наиболее эффективных средств. Глубина поиска литературных источников составила 5–7 лет, также в анализе использовали работы, опубликованные не позднее 10–12 лет.



**Наталья
Алексеевна
ГАБИТОВА**

Д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Академии постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА», Москва

МЕТОДЫ РЕЛАКСАЦИИ

В систематическом обзоре Кокрейна (15 РКИ, $n = 2248$) опубликованы данные, полученные в клиниках 10 стран, о методиках релаксации (Smith C.A., 2018). К ним относятся прогрессивная мышечная релаксация и дыхательные техники, музыка, йога, аудиоанальгезия и обучение осознанности. Полученные результаты с низкой степенью уверенности свидетельствуют о снижении интенсивности боли в латентной фазе родов (стандартизированная средняя разница (SMD) $-1,25$, 95 % доверительный интервал (ДИ) от $-0,53$ до $-1,97$; боль измерялась по 5-балльной шкале). Оценить уменьшение интенсивности боли в активной фазе родов было невозможно (уверенность в доказательствах очень низкая). Во втором периоде родов доказательства со средней степенью уверенности свидетельствуют о том, что релаксация мало или совсем не влияет на восприятие боли (SMD $0,0$; 95 % ДИ от $-0,23$ до $0,23$) (WHO, 2018).

ЙОГА

В РКИ ($n = 84$ первобеременных) оценили влияние йоги до родов (с 26-й недели) на воспринимаемую боль при родах и их исход. Участницы сообщили о более низкой интенсивности боли при раскрытии шейки матки на 4–5 см ($p = 0,001$) и через 2 часа после первого измерения ($p = 0,001$) и меньшей тревожности ($p = 0,003$) по сравнению с контрольной группой. В группе дородового вмешательства реже требовалась индукция родов ($p = 0,003$), наблюдалась более короткая продолжительность первого периода родов ($p = 0,002$) и общая продолжительность ($p = 0,003$) (Mohyadin E., 2020). Однако метаанализ 4 исследований пренатальной йоги для облегчения родовой боли показал, что снижение

боли в первом периоде было незначительно по сравнению с получавшими обычную помощь (SMD $-0,39$; 95 % ДИ от $-1,66$ до $0,88$; $p = 0,550$) (Widyawati, F., 2021).

Два исследования ($n = 149$) оценили эффективность обезбоживания в родах техникой йоги: в первом наряду с йогой использовались дыхание и пение, во втором — только позы йоги, роженицы групп контроля получали обычный уход. Результаты свидетельствуют о некотором снижении пока-

фазы (SMD $-1,10$; 95 % ДИ от $-1,61$ до $-0,58$), в активной (SMD $-1,32$; 95 % ДИ от $-2,03$ до $-0,60$) и переходной (SMD $-1,93$; 95 % ДИ от $-2,87$ до $-0,99$) фазах по сравнению с контрольной группой соответственно (Nikroong M., 2024).

АУДИОАНАЛЬГЕЗИЯ

Музыка. В трех РКИ ($n = 241$) сравнили болевые ощущения в родах на фоне музыкального сопровождения (во всех испытаниях предлагался выбор музыки) с контрольной груп-

но делают выводы о смягчении боли и беспокойства у рожениц, особенно в сочетании с другой терапией, при легкой и умеренной боли (Hunter A.R., 2023).

Звуки природы. В работе ($n = 25$) сравнивали аудиоанальгезию (прослушивание «шума моря» с громкостью 120 дБ, группа контроля — 90 дБ). Сделан вывод об очень низкой достоверности доказательств эффективности такой анальгезии (ВОЗ, 2018).

ТРЕНИРОВКА ОСОЗНАННОСТИ

В РКИ ($n = 30$) беременные прошли обучение осознанности (9-недельный курс медитации, глубокого дыхания). Достоверность доказательств эффективности обезбоживания была очень низкая. В той же работе показаны данные (очень низкая степень достоверности) об улучшении чувства контроля (SMD $31,3$; 95 % ДИ $1,61$ – $60,99$) (Evina C.D., 2018).

ГИПНОЗ

Анализ 9 Кокрейновских обзоров ($n = 2954$) продемонстрировал значительные различия по срокам и технике гипноза. Женщины в группе гипноза с меньшей вероятностью использовали фармакологическое обезбоживание, чем в контрольных группах (ОР $0,73$; 95 % ДИ $0,57$ – $0,94$). Тем не менее не было выявлено четких различий в отношении интенсивности боли и удовлетворенности пациенток облегчением боли (ОР $1,06$; 95 % ДИ $0,94$ – $1,20$). Также не было обнаружено преимуществ гипноза в удовлетворенности опытом родов и послеродовой депрессии (Madden K., 2016).

ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ И АКУПРЕССУРА

Влияние иглоукалывания и акупрессуры на купирование родовой боли оценивали в 28 РКИ (в 13 применили акупунктуру, в 15 акупрессуру, $n = 3960$). Приведены неоднозначные данные в разных исследованиях. Так, акупунктура может оказывать незначительное влияние на интенсивность боли или не оказывать его вовсе по сравнению с плацебо (средняя разница по шкале ВАШ (СР) $-4,42$; 95 % ДИ от $-12,94$ до $4,09$, доказательства низкой степени). Иглоукалывание может повысить удовлетворенность обезбоживанием по сравнению с плацебо (ОР $2,38$; 95 % ДИ $1,78$ – $3,19$,



Метаанализ 4 исследований беременных женщин, практиковавших йогу, показал, что снижение боли в первом периоде родов было незначительно по сравнению с получавшими обычную помощь

зателей боли в родах (SMD $-6,12$; 95 % ДИ от $-0,47$ до $-11,7$) и незначительном повышении удовлетворенности обезбоживанием (SMD $7,88$; 95 % ДИ $1,51$ – $14,25$) (Smith C.A., 2018).

Последний метаанализ 9 РКИ ($n = 660$) показал, что женщины, использовавшие практики йоги во время родов, испытывали статистически значимо более низкую боль в начале активной

пой, пациентки которой получали обычный уход. Данные об эффективности обезбоживания родов (интенсивность боли, использование эпидуральной анальгезии) имели очень низкую достоверность.

В систематическом обзоре 28 РКИ ($n = 2835$) авторы не приводят убедительных доказательств влияния музыки на интенсивность родовой боли,

доказательства средней силы) и, вероятно, снижает использование фармакологической анальгезии (ОР 0,75; 95 % ДИ 0,63–0,89, доказательства средней силы). Авторы делают вывод о возможной эффективности иглоукалывания и акупунктуры по сравнению с плацебо, однако из-за очень низкого уровня доказательств выражают сомнения в эффектах обезболивания и удовлетворенности (Smith C.A., 2020).

В РКИ оценивали эффект акупунктуры в области поясничных позвонков на родовую боль в начале активной фазы ($n = 50$), пациентки группы контроля ($n = 50$) получали прикосновение к этой точке. Отмечены значительные различия между группами в субъективных оценках боли по шкале ВАШ сразу и через 20, 60 и 120 минут после вмешательства ($p \leq 0,001$), и эти женщины сообщили о большей удовлетворенности. Конкретные данные доказательности не приведены (Hamidzadeh A., 2012).

ТЕПЛЫЙ ДУШ И ВАННА

В РКИ ($n = 80$) сообщалось об эффективности теплого душа (37 °C, 20 мин) по сравнению со стандартной помощью в отношении родовой боли при раскрытии шейки матки от 4 до 7 см. Авторы не приводят данных о доказательности исследования, но делают вывод о том, что теплый душ — удобный и простой в применении нефармакологический подход к уменьшению боли (Lee S.L., 2013).

В одном из последних РКИ показано, что терапия теплым душем может влиять на симпато-вагальный баланс через парасимпатическую абстиненцию у женщин на начальном этапе родов. Значительно более высокий процент рожениц сообщили о более выраженном снижении тревожности от теплого душа (87,5 %) по сравнению с внутривенной анальгезией (40 %, $p < 0,05$), что было сопоставимо со спинальной анестезией (86,7 %). В то время как внутривенная и спинальная анестезия устраняли боль, теплый душ значительно снижал восприятие боли участницами — с 7 (5,75–6,88) до 5 (4,33–5,05) баллов, $p < 0,001$ (Dias R.A., 2023).

Еще в одном РКИ ($n = 124$) сравнивали теплый душ и ванну во время родов. Оба метода эффективно снижали восприятие боли, однако ванна показала большее снижение оценок ВАШ по сравнению с душем (с 7–8 до 5 баллов, $p = 0,003$ против с 8–9 до 7,5 баллов, $p = 0,08$ соответственно). В то же время при использовании душа у рожениц была более короткая продолжительность родов. Большинству участниц обеих групп не потребовалась эпидуральная анальгезия (всего 79,8 %) — без существенных различий между группами (Mellado-García E., 2024).

ТЕПЛЫЕ КОМПРЕССЫ

Тепловую терапию при физиологических родах применяют в виде

компрессов в области спины, живота, паха и/или промежности (Taavoni S., 2013). Метаанализ 10 РКИ показал, что данный метод был эффективным в снижении интенсивности боли на первом этапе родов (SMD –1,31; 95 % ДИ от –1,88 до –0,73), значительно сократил продолжительность первого периода родов (объединенное MD –50,09; 95 % ДИ от –89,70 до 10,48), а также превзошел группу стандартной терапии с точки зрения лучших оценок по шкале Апгар на 5-й минуте рождения ребенка (объединенное MD –0,10; 95 % ДИ от –0,19 до 0,02) (Goswami S., 2022).

ХОЛОДНЫЕ КОМПРЕССЫ

В РКИ ($n = 90$) пакет со льдом помещали на крестцовую область роженицы в активной фазе родов на 10 мин и повторяли каждые 30 мин до начала второго периода. На протяжении родов интенсивность боли увеличивалась в обеих группах, однако в группе вмешательства она была ниже, достигнув статистически значимой разницы ко второму часу (5,40 ± 0,95 против 6,06 ± 0,99, $p < 0,001$), и составила через 5 часов 8,25 ± 0,71 против 9,30 ± 0,57, $p < 0,001$. Однако средний балл

продолжительности родов (Yildirim E., 2022).

АРОМАТЕРАПИЯ

В систематическом обзоре 33 РКИ ароматерапия применялась в виде ингаляций или использовалась во время массажа, ножных ванн, бассейна, акупунктуры и компрессов. Изучались эфирные масла герани, лаванды, дамасской розы, ромашки, апельсина, жасмина, мандарина, перечной мяты и гвоздики. Чаще других роженицы выбирали лаванду. Анализ подтвердил положительный эффект ароматерапии в снижении боли и тревоги при родах, однако метаанализ не проводился из-за высокой гетерогенности исследований.

Результаты метаанализа (9 РКИ) выявили доказательства, подтверждающие, что ароматерапия может значительно уменьшить боль во время родов как в ранней активной, так и в поздней активной фазе (Liao C.C., 2021).

МАССАЖ

Восемь РКИ в клиниках 8 стран ($n = 671$) проведены для сравнения эффекта массажа для обезболивания, проводимого партнерами по родам,

($n = 124$ и 122) сообщалось о снижении интенсивности боли во II и III периодах родов на фоне массажа (SMD –0,98; 95 % ДИ от –2,23 до 0,26 и SMD –1,03; 95 % ДИ от –2,17 до 0,11) (Smith C.A., 2018).

ФИТБОЛ

В РКИ ($n = 128$) пациентки были рандомизированы в три группы: в первой применяли теплый душ, во второй выполняли упражнения для промежности с мячом, в третьей делали и то и другое. Показан рост уровня β-эндорфина, снижение интенсивности боли и беспокойства во всех группах по сравнению с контролем ($p = 0,007$), тогда как между собой они не различались. Значимых изменений в уровнях кортизола, адреналина и норадреналина обнаружено не было. Авторы исследования предлагают рассматривать теплый душ и упражнения для промежности как метод дополнительной терапии для рожениц (Henrique A.J., 2018).

В метаанализе (7 РКИ, $n = 533$) показано, что при использовании фитбола боль при родах снизилась на 1,7 балла по сравнению с контрольной группой (95 % ДИ от –2,20 до –1,20), при этом не было разницы в частоте спонтанных или оперативных вагинальных родов, кесарева сечения или разрывов промежности (Grenvik J.M., 2022).

ВНУТРИКОЖНЫЕ ИЛИ ПОДКОЖНЫЕ ИНЪЕКЦИИ СТЕРИЛЬНОЙ ВОДЫ

Найден один Кокрейновский систематический обзор, оценивающий этот вид обезболивания, в который вошли 7 РКИ ($n = 766$), где использовали внутрикожные инъекции или подкожные инъекции или и то и другое, и обнаружено большее уменьшение боли по сравнению с контролем. Однако метаанализ был неуместен из-за гетерогенности исследований и разных систем оценок: ни в одном исследовании не сообщалось о первичных результатах эффективности. Лишь в одном РКИ отмечено уменьшение боли на 4–10 см по шкале ВАШ у 50–60 % рожениц против 20–25 % в группе плацебо (Derry S., 2012).

В двойном слепом РКИ ($n = 121$) применяли инъекции 0,5 мл стерильной воды подкожно в четыре крестцовые точки либо внутрикожно и для контроля использовали контакт иглы с упомянутыми точками (плацебо). До вмешательства интенсивность боли была одинаковой — от 6,71 до 7,62 см ($p = 0,08$), снижение наблюдалось уже через 10 мин и было максимальным через 60 мин после инъекций: 4,95 ± 1,83, 4,25 ± 2,13 и 7,17 ± 1,88 в соответствующих группах ($p = 0,001$ по сравнению с контролем), но при отсутствии значимой разницы между 1-й и 2-й группами (Almassinokiani F., 2020).

Сравнение эффективности внутрикожных и подкожных инъекций стерильной воды в области поясницы проведено в метаанализе, где показано

Окончание на с. 6 ►

В одном из исследований сравнивали теплый душ и ванну во время родов. Оба метода эффективно снижали восприятие боли, однако ванна показала большее снижение оценок ВАШ по сравнению с душем



удовлетворенности родами не имел статистически значимой разницы (23,75 ± 5,83 против 22,31 ± 5,70 баллов, $p = 0,24$) (Rahimikian F., 2018).

В другом РКИ ($n = 100$) прикладывание холодных компрессов на первом этапе родов (в течение 10 мин каждые 20 мин после 4 см раскрытия шейки матки) уменьшало болезненность схваток (интенсивность боли по ВАШ к 100-й мин составила 6,4 ± 1,2 против 9,0 ± 0,7 в группе контроля, $p < 0,001$, а к 160-й мин — 9,8 ± 0,4 против 10,0 ± 0,1 соответственно, $p = 0,01$), сокращало время раскрытия и общую

с обычным уходом. Доказательства средней силы свидетельствуют о снижении болевых ощущений в первом периоде родов при использовании массажа (SMD –0,81; 95 % ДИ от –1,06 до –0,56). Доказательства по уровню боли во втором периоде родов имеют очень низкую достоверность (Evina C.D., 2018).

Анализ 6 РКИ ($n = 362$) приводит доказательства низкого качества о снижении интенсивности боли по сравнению с обычным уходом в первом периоде родов (SMD –0,81; 95 %, ДИ от –1,06 до –0,56). В двух исследованиях

Немедикаментозное обезболивание родов

Окончание, начало на с. 4

уменьшение боли по сравнению с контролем в течение 30–60 мин в обеих группах максимально через 60 мин (MD -3,99; 95 % ДИ от -5,54 до -2,33) с преимуществом только на 10-й мин для подкожной инъекции (MD -1,65, 95 % ДИ от -3,40 до -0,10) (Huang C.Y., 2022).

ния с ходьбой разницы не выявило (Lawrence A., 2013).

Однако даже самые строгие исследования поз в родах часто анализируют результаты литотомической позиции по сравнению со всеми другими, обычно определяемыми как вертикальные

Роды в положении лежа практикуют в большинстве роддомов мира. Доказательств преимущества этого способа для рожениц или младенцев нет

ПОЗИЦИИ И ПОДВИЖНОСТЬ РОЖЕНИЦЫ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Роды в положении лежа практикуют в большинстве роддомов мира. Доказательств преимущества этого положения для рожениц или младенцев нет. Данные 25 РКИ (n = 5218) Кокрейновской группы по беременности и родам позволили сравнить рожениц, занимающих вертикальные положения (ходьба, сидение, стояние, положение на коленях), с теми, кто лежал (на спине, на боку) и полулежал в первом периоде родов. Первые реже выбирали эпидуральную анестезию (ОР 0,81, 95 % ДИ 0,66–0,99). Сравнение вертикального положе-

позиции, тем самым обесценивая специфичность и показания каждой из них. Действительно, объединение всех позиций в одну группу не позволяет выделить особенности каждой из них и преимущества одной по отношению к другой в определенный момент родов.

Несмотря на трудности, возникшие при проведении испытаний, нельзя отрицать, что материнские позиции и подвижность в родах являются хорошей акушерской практикой, понимаемой как процедура, которая может иметь различные и специфические эффекты на протяжении родов (Garbelli L., 2021).

ЧРЕСКОЖНАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕРВОВ (ЧЭНС)

Суть этого метода заключается в воздействии электрическим током низкого напряжения через электроды, помещаемые на кожу паравертебрально на уровнях T10–L1 и S2–S4, что соответствует стимуляции нервных корешков на дерматомальном уровне, соответствующем всей матке. В исследовании Марочко Т.Ю. с соавт. интенсивность болевого синдрома на фоне применения ЧЭНС снизилась у 21,9 % рожениц, стабилизировалась на приемлемой интенсивности у 34,4 %, и в целом 56,3 % пациенток успешно использовали только ЧЭНС для обезболивания родов (Марочко Т.Ю., 2018).

В РКИ (n = 326) было показано, что средние показатели ВАШ остаются стабильными на уровне исходных значений (5,6 балла) после процедуры и в течение 60 мин после нее и только к 120-й мин несколько снижаются ($5,45 \pm 1,74$) — в отличие от контрольной группы, где они, наоборот, достигают более высоких значений ($9,29 \pm 1,39$, $p = 0,001$) (Njogu A., 2021). В исследованиях других авторов показано, что обезболивающее действие ЧЭНС является пролонгированным и сохраняется во втором периоде родов и в течение 4 часов после родов (Reis C.S.D., 2022).

В наблюдательном исследовании в условиях реальной клинической практики показано, что клиническая

эффективность ЧЭНС в достижении полного обезболивания у рожениц с легкой и средней интенсивностью родовой боли составляет 83,3 % после одного сеанса, среди рожениц с сильной болью в снижении по крайней мере на 30 % — у 73,3 % в среднем после 3,7 сеанса. Необходимость в медикаментозном обезболивании родов отсутствует у 42,6 % (Дикке Г.Б., 2025).

Результаты систематического обзора и метаанализа 26 РКИ (n = 3348) продемонстрировали, что ЧЭНС является эффективным вмешательством для снижения интенсивности боли во время родов (ОР 1,52, 95 % ДИ 1,35–1,70), хотя большинство исследований имели высокий риск систематической ошибки, а средняя оценка их указывала на низкое качество (Thuvarakan K., 2020).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Боль во время родов может иметь неблагоприятные последствия для хода родов, матери и плода, поэтому ее уменьшение любым из не имеющих противопоказаний предложенных методов — один из важных аспектов акушерской помощи. Ряд немедикаментозных средств: иглоукалывание и акупрессура, теплый душ и ванна, теплые и холодные компрессы, фитбол, массаж, ЧЭНС — имеют достаточную степень доказательности, и их следует шире использовать в рутинной акушерской практике.

Список литературы находится в редакции

АБВ ПРЕСС ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

- ОНКОУРОЛОГИЯ
- Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ
- САРКОМЫ
- РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
- ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ
- УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
- Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ
- ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
- Российский Биотерапевтический Журнал
- ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ
- Хирургия и ОНКОЛОГИЯ
- РОССИЙСКИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
- ОНКО ПАТОЛОГИЯ
- MD-ONCO
- КЛИНИЦИСТ

ГАЗЕТЫ

- Онкология Сегодня
- Урология сегодня
- СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ
- ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ
- Акушерство и гинекология
- ТРАВМАТОЛОГИЯ и ортопедия
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
- Московская ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
- НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Реклама

Android iOS

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная Кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня», «Гастроэнтерология сегодня»;
- клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- справочники для специалистов.

Удобный функционал: возможность чтения offline.

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

App Store Google play

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Как повысить приверженность терапии. Врачебная тактика

Несмотря на многочисленные достижения медицины и появление новых лекарственных препаратов, контроль течения хронических заболеваний по-прежнему остается сложной задачей. Главным образом — из-за отсутствия приверженности терапии.

Это глобальная проблема с серьезными экономическими и социальными последствиями. Отсутствие приверженности терапии — причина 200 тыс. преждевременных смертей в Европе в год. В Европе ежегодно расходуется 125 млрд евро на дополнительные обращения за медицинской помощью, а в США — 105 млрд долл. только на госпитализации, которых можно было бы избежать.

Отсутствие приверженности терапии вызвано множеством факторов:

- уровнем осведомленности пациента о заболевании (недостаточные знания о терапии, неудовлетворительная коммуникация с медицинскими работниками);
- социокультурными убеждениями (распространенные мифы, боязнь побочных эффектов, неверие в необходимость лечения);
- сомнениями в эффективности лечения (отсутствие видимой пользы от длительной терапии, неудобные схемы приема препаратов);
- экономическими факторами (финансовые проблемы, отсутствие доступа к квалифицированной медицинской помощи).

По совокупности данных причин:

- 1/3 пациентов прекращают терапию гораздо раньше рекомендованного срока;
- 31 % пациентов никогда не покупают назначенный препарат по первому рецепту;
- 50 % пациентов не принимают препараты так, как указано в схеме лечения.

КАК РЕШАЕТСЯ ПРОБЛЕМА?

Первые работы по изучению приверженности терапии были опубликованы около полувека назад. Ранние исследования и теории основаны на том, что отсутствие приверженности — результат недостаточно четкой коммуникации между врачом и пациентом (пациент не понял или не запомнил, что и как нужно делать). Большая часть вмешательств и тогда, и сейчас основываются на предоставлении информации либо организации напоминаний о приеме лекарственных препаратов.

Для 22,4 % пациентов основная причина отсутствия приверженности терапии — забывчивость. Однако недавние исследования продемонстрировали, что напоминания эффективны только тогда, когда пациенты мотивированы принимать лекарства. Научные данные наглядно показывают, что для стимулирования приверженности терапии элементарного предоставления информации или напоминаний недостаточно.

Специалисты в области здравоохранения не всегда считают улучшение

приверженности лечению своей задачей. Нередко эксперты видят свою профессиональную миссию только в том, чтобы поставить диагноз и выписать рецепт. Часто врачи недооценивают неприверженность терапии. Регулярно встречается так называемая оптимистическая системная ошибка: медики по умолчанию считают, что пациенты следуют их рекомендациям. Но статистика показывает, что каждый второй пациент этого не делает.

Если же врачи начинают говорить о приверженности со своими пациентами, то, как правило, используют директивные указания, требования, предупреждения или даже угрозы, что заставляет пациента занимать оборонительную позицию.

Большинство врачей обращаются к логике, к разумному мышлению. Однако такие подходы наименее эффективны, хотя являются наиболее часто используемой стратегией.

КАК МОЖЕТ РЕШАТЬСЯ ПРОБЛЕМА?

Гораздо результативнее, чем просто выдача рекомендаций, работают мотивационные подходы. Именно эффективная мотивирующая коммуникация с пациентом — центральная часть тех вмешательств, которые врач может использовать для повышения приверженности терапии.

Клинический психолог, консультант по поведенческим наукам доктор Шери Прюитт (Sheri Pruitt, США) среди мало распространенных, но действенных стратегий выделяет любопытство, отсутствие осуждения, фокус во время коммуникации не на себе, а на другом человеке, выражение эмпатии, выстраивание взаимосвязей через безусловную взаимную поддержку в процессе.

Д-р Прюитт акцентирует внимание на трех основных этапах:

1. Открытая стратегия для оценки приверженности.
2. Эмпатический мост.
3. Декларация коллаборации «врач — пациент».

На первом этапе целесообразно задавать открытые вопросы, чтобы оценить приверженность в рамках визита. Когда пациент не привержен терапии, чаще всего он скрывает это от врача.

С таким пациентом типичный прямой закрытый вопрос: «Вы ведь принимаете ваши препараты, не так ли?» — становится риторическим. В рамках же открытого вопроса предполагается, что у пациента есть индульгенция на не стопроцентную приверженность, тогда он может с большей легкостью рассказать о реальном положении дел.

На втором этапе важно возникновение эмоциональной связи за счет эмпатиче-

Решающее значение для определения состояния и получения важной информации о лечении имеет время, проведенное с врачом. Но оно ограничено: например, в Индии врачи проводят со своими пациентами всего 1,5 минуты (в Швеции — 22,5 минуты). Это одна из ключевых проблем здравоохранения в развивающихся странах: в среднем половина населения планеты не может рассчитывать более чем на 5 минут внимания врача.

Комплексный подход к пониманию мотивации, убеждений, поведения пациентов и преодолению барьеров на пути формирования приверженности терапии

1

Важность понимания стимулов/препятствий для каждого пациента в динамике

2

Определение индивидуальных стимулов/препятствий для каждого пациента

3

Воздействие на них с помощью релевантного вмешательства

ских ответов врача на вопросы пациента — между ними должен выстроиться эмпатический мост.

И, наконец, третий этап — это заявление о поддержке, обещание пациенту врачом кооперативных, совместных действий.

Давление на медика одного только фактора времени сложно преувеличить. Но цель каждого врача — помочь пациенту улучшить состояние здоровья, достаточно на это времени или нет. У значительной части врачей в ближайшей перспективе больше времени на такие цели не будет.



ДИАЛОГ МОЖЕТ ВЫГЛЯДЕТЬ ПРИМЕРНО ТАК:

Врач (открытый вопрос): «Некоторые из моих пациентов испытывают трудности при приеме препаратов. Как вы думаете, за последние две недели сколько раз вы пропустили свою дозу?»

Пациент: «Знаете, я пропустил довольно много. Нужно принимать столько препаратов... И, честно говоря, я даже не всегда замечаю разницу в своем состоянии».

Врач: «Это действительно непросто. Наверное, вы чувствуете себя разочарованным? Как так — принимать лекарства и не чувствовать улучшения?»

Дальше необходимо сделать паузу и ждать ответа.

Пациент: «Да, я расстроен. Сложно запомнить, что и как принимать вовремя. И сомневаюсь: стоят ли все эти усилия того?»

Врач: «Как ваш врач, я бы хотел поддержать вас. Давайте вместе посмотрим, каким образом мы можем помочь с приемом препарата, чтобы вы чувствовали себя как можно лучше».

ФОКУС С ТЕРАПИИ — НА ПАЦИЕНТА

Во всем мире хотят, чтобы здравоохранение стало лучше. Но многие ли готовы на базовом уровне по-другому работать с пациентами? В этом контексте уместны вопросы представителей медицинского сообщества, адресованные самим себе: «Как мы можем изменить себя?», «В каком виде попробуем новый вариант коммуникации?», «Что мы готовы сделать в своей реальной практике уже сегодня?»

Однако если в рамках тех же условных 5 минут на прием специалист попытается хотя бы два-три традиционных вопроса задавать по-новому, в парадигме эффективного мотивационного интервью, то, конечно, возрастет вероятность того, что пациенты реализуют поведенческие инструкции и в конечном итоге будут тщательнее следовать медицинским рекомендациям. 🌱

Елена Герман

ФЕМИБИОН®: 15 лет на службе здоровья матери и ребенка

Во время беременности потребность в микронутриентах — витаминах и минералах — возрастает примерно в 1,5–2 раза, а их дефицит может оказать негативное влияние на здоровье как женщины, так и будущего ребенка. Витаминно-минеральные добавки являются рекомендуемой частью рутинной дородовой помощи для преодоления осложнений, связанных с таким дефицитом.

Г.Б. ДИККЕ, Академия медицинского образования имени Ф.И. Иноземцева, Санкт-Петербург

ПОТРЕБНОСТЬ В МАКРО- И МИКРОНУТРИЕНТАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сегодня наблюдается широкое распространение дефицита витаминов и микроэлементов среди всей женской популяции, в том числе и беременных женщин, во всех регионах Российской Федерации. Так, недостаточность витаминов группы В выявляется у 20–100 % женщин, аскорбиновой кислоты — у 13–50 %, железа — у 89–100 %, селена — у 81–100 %. Сочетанный дефицит трех и более витаминов наблюдается у 70–80 %. Таким образом, в России практически ни одна женщина не входит в беременность с полным запасом всех необходимых витаминов и минералов в организме. В то же время по сравнению с женщинами детородного возраста беременным требуется витаминов примерно на 25 % больше (Балан В.Е., 2019).

РИСКИ В I ТРИМЕСТРЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИКРОНУТРИЕНТОВ

Во время I триместра беременности идут эмбрио- и органогенез, нарушения которых могут приводить к аномалиям развития плода вплоть до его гибели. Микроэлементы и витамины являются кофакторами ферментов, катализирующих репликацию, метилирование и восстановление ДНК. В экспериментах *in vivo* было показано, что кальций, фолиевая кислота (ФК), витамин B₁₂, железо и цинк оказывают существенное влияние на эти процессы и уровень повреждений (Wójcik E., 2023).

Первая волна инвазии трофобласта — это его активное проникновение в стенку матки. Этот процесс происходит примерно на 8–10-й неделе беременности и является частью механизма имплантации и последующего формирования плаценты. Любые нарушения данного процесса могут привести к патологическим состояниям, таким как преэклампсия (ПЭ) и задержка роста плода.

Низкий уровень витамина D способствует дисфункции эндотелия сосудов плаценты и возникновению ПЭ: при дефиците <25 нмоль/л риск увеличивается в 4 раза, при недостаточности <50 нмоль/л — на 70 % (AlSubai A., 2023; Fogacci S., 2020).

Дефицит ФК на ранних сроках беременности увеличивает риск низкой массы тела плода при рождении (НМТ) в 2 раза (Chen Y., 2021). Периферические и центральные холинергические пути имеют принципиально важное

значение для возникновения и прогрессирования ПЭ, при этом холин влияет на функциональные процессы плаценты и модулирует плацентарные маркеры воспаления, ангиогенеза и апоптоза (Nguyen H.T., 2025). Холин — незаменимое питательное вещество для адекватного развития мозга плода. Его роль в формировании клеточной мембраны и синтезе нейротрансмиттеров является ключевой, а его дефицит во время беременности может привести к большому риску возникновения проблем с обучением, памятью и общим поведением ребенка (Jaiswal A., 2023).

Селен, антиоксидант и поглотитель пероксинитрита, при включении в селенопротеины и ферменты снижает окислительный стресс, который участвует в этиопатогенезе преэклампсии. В исследовании «случай — контроль» было показано, что уровень селена <58 мкг/л в крови увеличивает риск ПЭ в 4 раза, а <47 мкг/л — в 5 раз (Maleki A., 2011).

РИСКИ ВО II–III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИКРОНУТРИЕНТОВ

Во II триместре продолжается процесс плацентации, наступает вторая волна инвазии трофобласта и происходит окончательное формирование плаценты (к 20-й неделе), а также начинается созревание органов и систем плода, продолжающееся в III триместре, для чего требуется создание новых клеток и обеспечение биохимических процессов. Их недостаточность может привести у матери к развитию плацента-ассоциированных осложнений: ПЭ, НМТ при рождении, спонтанным преждевременным родам (ПР) и гестационному сахарному диабету (ГСД), а у плода — к нарушению формирования органов, функционирования сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем.

У женщин с гипергомоцистеинемией на более поздних сроках риск НМТ в 10 раз выше по сравнению с нормальным уровнем (Nwogu C.M., 2020). Риск НМТ при дефиците витамина D увеличивается в 2,5 раза, селена (менее 70 мкг/мл) — в 2 раза (Fang K., 2021; Okonkwo R.I., 2023).

В ряде систематических обзоров и метаанализов было показано, что низкий уровень витамина D в крови повышает риск ГСД в 2 раза, холина (ниже 100 нмоль/мл в плазме) — в 3,5 раза (Zhang Y, 2018; Nguyen H.T., 2025).

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНОВ И МИНЕРАЛОВ ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ

Уникальная роль ФК в физиологии беременности продемонстрирована во многих исследованиях, доказано ее значение не только для профилактики дефектов нервной трубки и других аномалий плода (снижение риска на 71 %), но и в отношении профилактики ряда осложнений беременности: добавка 400 мкг фолатов во время беременности снижает на 31 % частоту ПР при высоком уровне ФК в крови в III триместре, на 15 % частоту рождений детей с НМТ, на 30 % риск ПЭ и на 20 % риск самопроизвольного выкидыша (Li B., Liu C., 2019; Liu C., 2018).

Прием добавок витамина D до 20-й недели приводит к снижению риска ПЭ на 65 % (Fogacci S., 2020), а более высокое потребление холина матерью (465,7 против 209 мг/день) связано с уменьшением риска ПЭ в 2 раза (Nguyen H.T., 2025). На 70 % снижают риск ПЭ добавки селена (Xu M., 2016).

Доказательства самого высокого уровня (систематические обзоры и метаанализы) демонстрируют снижение

риска НМТ плода при добавлении к обычному рациону питания ФК (относительный риск (ОР) = 0,51) (Hodgetts V., 2015), лютеина (ОР = 0,20) (Cohen J.M., 2015), витамина D (ОР = 0,40) (Maugeri A., 2019), селена (ОР = 0,91) (Sol -Navais P., 2020), цинка (ОР = 0,94) (Carducci B., 2021), ДГК (средняя разница 87,5 г) (Ren X., 2021).

Уровень сывороточного фолата >32,5 нмоль/л до 18 недель может снизить риск НМТ (Chen Y., 2021). Воздействие холина на эмбрионы *in vitro* увеличивало продолжительность беременности и вес плода при рождении на 20 % (Estrada-Cort s E., 2021).

Метаанализ 74 исследований показал, что прием омега-3 ПНЖК является эффективной стратегией снижения частоты ПР до 34 недель на 42 % (Middleton P., 2018).

Исследования также показали, что холин играет важную роль в структуре и функционировании клеточной мембраны, миелинизации нервных волокон и нейротрансмиссии, уменьшает стресс, снижая уровень кортизола в пуповинной

Таблица. Состав витаминно-минерального комплекса Фемибион® I, II

Состав	Фемибион® I	Фемибион® II
Рекомендованные («критические»)		
Метафолин, мкг	208	20
Фолиевая кислота, мкг	200	200
Йод, мкг	150	150
Холекальциферол (витамин D), МЕ	400	400
Железо, мг*	10	10
ДГК омега 3, мг**	–	200
Рекомендованные (синергисты)		
Цианокобаламин (витамин B ₁₂), мкг	4,5	4,5
Аскорбиновая кислота (витамин C), мг	55	55

Состав	Фемибион® I	Фемибион® II
Дополнительные (необходимые)		
Тиамин мононитрат (витамин B ₁), мг	1,4	1,4
Рибофлавин (витамин B ₂), мг	1,4	1,4
Кальция пантотенат (витамин B ₅), мг	6	6
Пиридоксин (витамин B ₆), мг	1,9	1,9
Никотинамид, мг	12	15
Токоферол (витамин E), мг**	4,8	15,8
Холин, мг	130	–
Селен, мкг	26	26
Лютеин, мг**	–	9
Цинк, мг	–	8
Магний, мг***	–	75

* Хелатное железо в форме бисглицината
** В отдельной капсуле: ДГК, витамин E, лютеин
*** Магний в форме оксида (неорганическая соль)

крови, и устраняет последствия негативного воздействия алкоголя на плод, улучшает ангиогенез в плаценте, т.е. противодействует общей патоморфологической причине развития ПЭ. Эффект от приема холина остается и через много лет после рождения ребенка: даже небольшое увеличение потребления холина матерью во время беременности может благотворно сказаться на развитии когнитивных функций ребенка (Caudill M.A., 2010). В 2017 г. Американская медицинская ассоциация объявила, что пренатальные витаминные добавки должны содержать холин (Schwarzenberg S.J., 2018).

В обзоре 2024 г. указано, что стратегии по защите беременных женщин с высоким риском ПР среди прочего включают прием добавок омега-3, ФК, витаминов группы В (Al Hussaini H.A., 2024). Так, более высокие уровни фолата в крови матери (после 28 недель) способствуют снижению риска ПР на 42 %, добавление витамина D у беременных с дефицитом — на 45 %, потребление холина (более 289 по сравнению с ниже 219 мг/день) — в 2 раза (Li B., 2019; Zhou S.S., 2017; Nguyen H.T., 2025).

Дополнительное потребление витамина D и холина снижает риск ГСД (OR = 0,5) (Zhang Y, 2018; Nguyen H.T., 2025). Имеется потенциальное положительное влияние ДГК на глюкозо-инсулиновый гомеостаз и снижение риска ГСД (OR = 0,36) (Zhu Y., 2019).

ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ И ИХ СОСТАВ

Комбинирование нескольких микронутриентов в одной пищевой добавке было предложено как рентабельный способ достижения множества преимуществ для женщин во время беременности.

Рабочая группа Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO, 2019) по надлежащей клинической практике в области медицины матери и плода в 2019 г. опубликовала рекомендации по применению микронутриентов, определив среди них необходимые в преконцепционный период и во время беременности. К ним отнесены: железо с витамином С, ФК, кальций. ВОЗ помимо ФК и железа включает в список обязательных также йод, витамин В₁₂ и ДГК.

Ряд микронутриентов отнесены к дополнительным, применение которых показано с учетом индивидуальных потребностей при их доказанном недостатке в организме (Oh C., 2020). Их назначают путем дотации отдельными БАД в дополнение к ВМК (препараты, содержащие железо в лечебных дозах с витамином С, — при анемии или латентном дефиците железа, установленном с помощью определения ферритина сыворотки крови; средства, содержащие магний с пиридоксином, — при гипомagneмией; кальций в дозе 1,5–2 г со второй половины

беременности — при высоком риске преэклампсии; витамин D в дозах выше 400 МЕ — при дефиците, установленном лабораторно).

Большинство ВМК для беременных содержат избыточное количество минералов (медь, марганец, хром, молибден и др.), положительное действие которых во время беременности не доказано и применение которых не рекомендуется (Wilson R.L., 2018; POAG, 2023). Следует избегать БАД, в составе которых содержится витамин А в дозах, превышающих рекомендуемый уровень (700 мг, или 2 000 МЕ) вследствие возможного тератогенного действия (потребности взрослого человека в витамине А обеспечиваются обычным пищевым рационом, а рекомендации не поддерживают использование добавок витамина А для улучшения исходов беременности) (Mousa A., 2018). Действие эйкозапентаеновой кислоты (ЭПК) омега-3 в акушерстве для профилактики ПЭ или снижения иных осложнений гестации, а также в улучшении развития сердечно-сосудистой системы плода не доказано (Bakouei F., 2020).

ОРИГИНАЛЬНОСТЬ КОМПОЗИЦИИ ФЕМИБИОН® I, II

Фемибийон® появился в РФ 15 лет назад. Это был первый комплекс для беременных, в состав которого наряду с ФК (200 мкг) входил метаболит (208 мкг, что соответствует 200 мкг ФК), т.е. в оптимальном соотношении

1:1. Эксперты ВОЗ рекомендуют принимать ФК в составе поливитаминов, включая 2,6 мкг/сут витамина В₁₂, который участвует в фолатном цикле и профилактике перницитозной анемии. Защитный эффект ФК в присутствии других витаминов (В₁, В₂, В₅, С и никотинамид) повышается на 20 %. Так, витамин В₅ синергичен с другими витаминами, вовлеченными в синтез АТФ (В₁, В₂, В₃), никотинамид участвует в реакциях метилирования ДНК наряду с витаминами В₂, В₆ и В₁₂, В₇ (биотин) участвует в процессах катаболизма жиров и углеводов, синтеза АТФ (Громова О.А., 2018). Некоторые исследования показали взаимосвязь между ФК и цинком, при этом низкое потребление последнего снижает абсорбцию/статус ФК. Доказана необходимость приема фолатов на протяжении всей беременности, а не только в I триместре, а также дополнительной дотации ДГК со II триместра беременности.

Фембион® — также первый ВМК, содержащий ДГК (200 мг) в отдельной капсуле. Такое диетическое потребление соответствует текущим рекомендациям Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) и Агентства по охране окружающей среды (EPA). ДГК статистически значимо снижает частоту плацента-ассоциированных осложнений за счет протекции эндотелия сосудов плаценты, поэтому добавление

Окончание на с. 12 ►

femibion®

15 лет в России!

Фемибион — эксперт на рынке витаминов для беременных

Обновленный состав

Фемибион — витамины для беременных №1 не только в России, но и в Европе**

Фемибион зарегистрирован и продается в более 18 странах мира, включая Россию, Испанию, Китай, Францию, Швейцарию

НАШ СОСТАВ — НАША ГОРДОСТЬ

Фемибион® 1 с комбинацией фолатов и холином для снижения рисков ВПР и акушерских осложнений¹

Фемибион® 2 с ДГК и Flora GLO лютеином для профилактики преэклампсии и плацентарной недостаточности, и улучшения когнитивных способностей и функций зрения ребенка²

*Согласно государственной регистрации Фембион® в России

**По данным IQVIA 2024

1. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетраушвили Н.К. Новые подходы к нутрициальному сопровождению беременности: фокус на холин // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 11, № 4

2. Громова О.А. и соавт. 2009, 2014; Мурашко А.В. 20015

ОТСУТСТВУЮТ СВИНОЙ ЖЕЛАТИН И ЖИР

БЕЗ ЛАКТОЗЫ

БЕЗ АЛЛЕРГЕНОВ, БЕЗ ГМО

БЕЗ ГЛЮТЕНА

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Реклама

Альтернативные средства для восстановления эубиоза влагалища

Известный американский исследователь Джек Собел (2019) обращает внимание на то, что причиной рецидивов вульвовагинальных инфекций (ВВИ) является неполное восстановление эубиоза после терапии. Подход с использованием лактобактерий не лишен недостатков, и его эффективность в долгосрочной перспективе остается неубедительной, что требует поиска новых стратегий.



Тамара
Николаевна
БЕБЕНЕВА

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

ВАГИНАЛЬНЫЙ ДИСБАКТЕРИОЗ И ПОТЕНЦИАЛ ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ВАГИНАЛЬНЫЙ МИКРОБИОМ

В настоящее время антибиотики и противогрибковые препараты рекомендуются в качестве первой линии терапии с высокими показателями излечения

ВВИ, но они также могут приводить к высокому уровню рецидивов. Широкое применение и изучение пробиотиков привело к пониманию их недостатков, к которым относятся: неспособность экзогенных лактобактерий колонизировать влагалище и их весьма ограниченное по времени присутствие; длительность приема при оральном введении в связи с низкой выживаемостью лактобактерий в желудочно-кишечном тракте; низкая доза *Lactobacillus* при вагинальном введении — 10^4 – 10^8 КОЕ/сут (оптимальная доза не менее 10^8 – 10^9 КОЕ/сут); остается открытым вопрос выбора «идеального» штамма в связи с низкой сорбционной способностью лиофилизированных лактобактерий (Amabebe E., 2018; Sabour S., 2018; Gustin A.T., 2022). Текущая ситуация привела к необходимости поиска иных подходов к противомикробной терапии и восстановлению эубиоза. Стратегии, изучаемые в настоящее время,

включают использование подкисляющих агентов, продуктов растительного происхождения, трансплантации вагинального микробиома и фаговых эндолизиннов (Sousa L.G.V., 2023).

РОЛЬ МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЭУБИОЗА ВЛАГАЛИЩА

Известно, что в физиологических условиях лактобактерии продуцируют молочную кислоту (МК), которая является биоактивным веществом, подкисляющим влагалище до уровня pH 3,2–4,2. При этом значении pH *in vitro* рост лактобактерий и кислотность стабилизируются. Физиологический уровень МК (в среднем ~1 %) обладает бактерицидной и вирулицидной активностью в отношении инфекций, передаваемых половым путем, включая *Ch. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* и 17 видов бактерий, связанных с бактериальным вагинозом (БВ), вирусом иммунодефицита человека, вирусом простого герпеса (Tyssen D., 2018; Edwards V.L., 2019).

Кроме того, присутствующие в большой концентрации *L. iners* не оказывают защитного действия подобно другим лактобактериям, а, наоборот, предрасполагают к колонизации влагалища условно-патогенной микрофлорой. *L. iners* являются H_2O_2 -непродуцирующим видом и синтезируют холестерин-зависимый цитолизин (инеролизин) — токсин, родственник вагинолизину *G. vaginalis* и интермедилизину *Streptococcus intermedius* (Кира Е.Ф., 2017).

Согласно систематическому обзору 57 рандомизированных контролируемых исследований, появляется все больше доказательств в поддержку идеи, что введение МК *in vivo* может уменьшить воспаление, улучшить целостность эпителиального барьера и будет способствовать переходу к оптимальной микробиоте с преобладанием *Lactobacillus* (Plummer E.L., 2021).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ МОЛОЧНУЮ КИСЛОТУ

Одним из лекарственных препаратов на основе МК является Лактодепантол (содержит МК в дозе 100 мг). Лактодепантол способствует восстановлению и поддержанию нормальных показателей pH и флоры влагалища, повышению его естественной защиты от генитальных инфекций, подавлению роста кислоточувствительной патогенной и условно-патогенной флоры. МК создает кислотный резерв для коррекции pH, сдвиг которого в щелочную сторону наблюдается при ВВИ.

В исследовании, целью которого явилось изучение *in vitro* морфологических и функциональных изменений в клетках микроорганизмов в присутствии МК и их способности формировать биопленки, показано, что МК проявляла активность в среднем в 2 раза большую по сравнению с пробиотиками в отношении условно-патогенных бактерий и грибов, а определенный тип биопленки, образованной лактобактериями, может быть использован в качестве защиты против патогенов и их биопленок. Биопленки лактобактерий подавляют рост других бактерий и грибов посредством одного из двух механизмов: конкурентного исключения или действия антимикробных веществ в биопленках (Mgomi F.C., 2023).

В сравнительном исследовании, выполненном Е.Ф. Кира с соавт. (2016), были изучены эффективность

Протеомный анализ цервикального секрета выявил связь между микробиотой с преобладанием лактобактерий и целостностью эпителиального барьера. МК повышает экспрессию генов, связанных с эпителиальным барьером шейки матки, и усиливает его защитную функцию (Tyssen D., 2022; Sousa L.G.V., 2023).

МК способствует росту лактобактерий и создает неблагоприятные условия для увеличения численности других бактерий, присутствующих во влагалище. Кроме того, МК участвует в продукции H_2O_2 , способствует действию бактериоцинов — пептидов, обладающих антимикробной активностью, благодаря специфическим микробицидным эффектам нарушает проницаемость клеточных мембран грамотрицательных бактерий. Поэтому МК является ключевым фактором в поддержании нормальной среды влагалища.

G. Tachedjian и соавт. (2018) привели доказательства того, что МК, вырабатываемая лактобактериями, является основным антимикробным фактором (а не H_2O_2). Объясняется это тем, что для продукции H_2O_2 необходимо большое количество кислорода (O_2), содержание которого во влагалище при нормобиоценозе очень низкое, а МК вырабатывается в анаэробных условиях (Mauck C., 2022). Показано, что в отличие от МК физиологические концентрации H_2O_2 не вызвали заметной инактивации бактерий, ассоциированных с БВ (Muzny C.A., 2023).

ЛАКТОДЕПАНТОЛ®

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОБСТВЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ЛЮБОЙ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ^{1,2}



Инструкция
Лактодепантол®



- ✓ СНИЖЕНИЕ РИСКА РЕЦИДИВОВ³
- ✓ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА ЗА СЧЕТ СОБСТВЕННЫХ ЛАКТОБАЦИЛЛ²
- ✓ ПОДАВЛЕНИЕ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ЗА СЧЕТ НОРМАЛИЗАЦИИ pH²

1. Минкина Г.Н. и др., Ренессанс вагинальной микробиоты: Смена клинических парадигм // РМЖ. Мать и дитя. 2022. №4.
2. Kira E. F. et al. Сравнительный анализ эффективности и безопасности параллельного или последовательного сочетания метронидазола с молочной кислотой и двухэтапного метода метронидазол плюс пробиотик. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 9. – С. 87-93. 3. Летяева О. И. Терапия рецидивирующего бактериального вагиноза: клинико-микробиологические аспекты // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 4. – С. 88-92.

NIZHPHARM
GROUP

АО «Нижфарм», 603105, РФ,
г. Нижний Новгород, ул. Салганская, 7
POS-20261125-1946

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама

и безопасность двух схем применения МК в сочетании с метронидазолом (параллельное или последовательное) по сравнению с двухэтапным методом метронидазол + пробиотик у 140 пациенток с БВ. Получены достоверно значимые различия по основным критериям: уменьшение количества белей, аминowego запаха, снижение количества ключевых клеток и восстановление pH влагалища у пациенток, получавших МК, по сравнению с теми, кто применял пробиотик. Причем улучшение наступало быстрее при совместном применении метронидазола и МК. Также достоверно лучшие результаты снижения титра БВ-ассоциированных микроорганизмов и роста лактобактерий были достигнуты в группах, применявших МК (рис. 1, 2).

По результатам многоцентрового наблюдательного исследования терапии острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста (n = 200), последовательное применение препаратов Депантол (декспантенол 100 мг + хлоргексидина биглюконат 16 мг) по 2

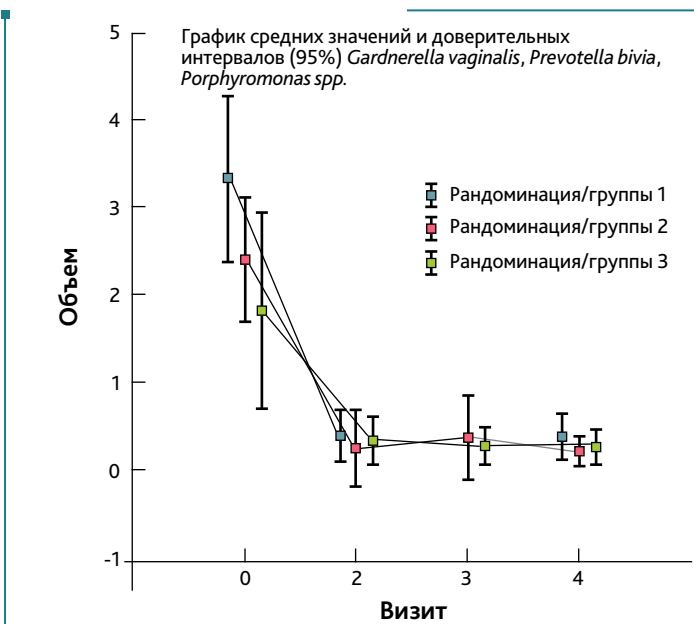


Рисунок 1. Динамика содержания гарднерелл в процессе лечения

Примечание. Группы: 1 (n = 40; метронидазол 500 мг, 1 супп. утром + параллельно МК 100 мг вечером, курс 10 дней); 2 (n = 61; метронидазол 500 мг, супп. 10 дней, далее — МК 100 мг вечером, 10 дней, всего курс 20 дней); 3 (n = 39; метронидазол 500 мг, супп. 10 дней, далее — пробиотик по 1 супп. 2 раза в день, 10 дней, всего курс 20 дней). Визиты: 1 — до лечения, 2 — через 7 дней от начала лечения, 3 — по окончании 2-го этапа, 4 — через 30 дней. Источник: Кира Е.Ф. с соавт. «Акушерство и гинекология», 2016 (опубл. в открытом доступе).

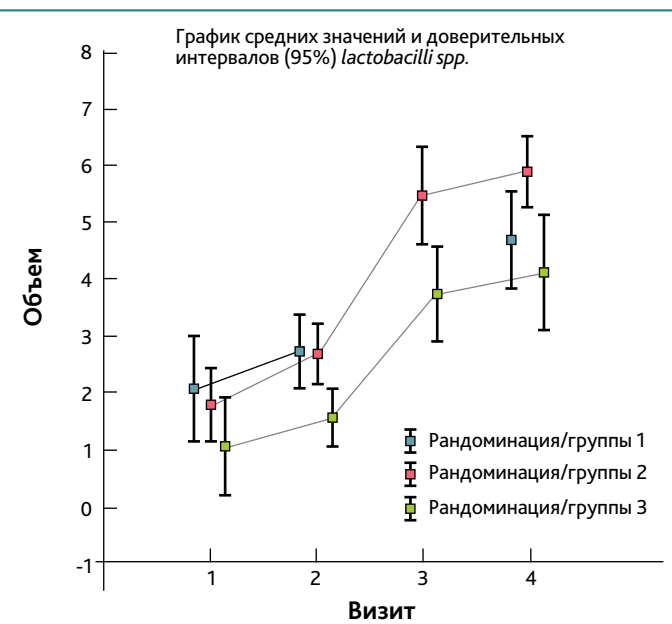


Рисунок 2. Динамика содержания лактобактерий в процессе лечения

у 91 % пациенток, а частота рецидивов вагинита через 2 месяца наблюдения определялась сопутствующими факторами риска и не превышала 3 % (Радзинский В.Е., 2019).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Таким образом, результаты как международных, так и национальных исследований подтверждают роль МК в восстановлении биоценоза влагалища.

Список литературы находится в редакции

В ФОКУСЕ

Физиотерапия в лечении бесплодия трубно-перитонеального и маточного происхождения

Окончание, начало на с. 3

В ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» в 2022 году был проведен анализ результатов лечения 1318 пациенток различными методами физиотерапии. Наибольший эффект по критерию «наступление беременности» достигнут у тех, кто получал пелоидотерапию

что статистически незначимо между этими исследованиями.

В прямых исследованиях эффективности физиотерапевтического лечения по сравнению с антибактериальной терапией у пациенток с бесплодием, обусловленным ХЭ, отмечается эффективность последней в диапазоне от 28 до 37 % по критерию «наступление беременности». Также отметим, что в проведенном нами крупном сравнительном рандомизированном исследовании «ТЮЛЬПАН» с общим числом участниц 2252, страдающих ХЭ/бесплодием, в контрольной группе (n = 563) применяли только антибиотик. Беременность наступила среди этих женщин у 15,3 % (Дикке Г.Б., Суханов А.А., др., 2023). Cicinelli E. et al. (2021) отмечает разрешение ХЭ после одного курса АБ-терапии у 31 % пациенток, подчеркивая в предыдущей своей работе, что более высокий уровень беременности и живорождения наблюдается только у тех пациенток, у которых произошло выздоровление — 76 против 20 %

с персистирующим ХЭ (Cicinelli E., 2018). По данным Hirata K. et al. (2021), у пациенток с ХЭ (без лечения) частота наступления беременности составляет 30,8 %. То есть можно предположить, что ни один из методов физиотерапии не превосходит по своей эффективности антибактериальную терапию или выжидательную тактику.

ВЫВОДЫ ДЕЛАТЬ РАНО

Применение физиотерапевтических методов лечения бесплодия трубно-перитонеального и/или маточного происхождения, таких как пелоидотерапия, НЧУЗК, электроимпульсная и интерференцтерапия, оказывает положительное действие на некоторые параметры патогенеза, однако в плане восстановления фертильности результаты недостаточно убедительны. Для получения доказательных данных необходимо проведение качественных рандомизированных исследований достаточной мощности.

Список литературы находится в редакции

НОВОСТИ

«Шейка матки на чипе» дает представление о преждевременных родах

В 2017 году американские ученые открыли новые горизонты в технологии «орган на чипе» (organ-on-a-chip), представив миниатюрную модель женской репродуктивной системы. Получившая название Evatar модель может имитировать менструальный цикл, она включает в себя секции, содержащие живые ткани яичников, матки, шейки матки, влагалища и фаллопиевых труб, а также печени, — все они соединены крошечными трубочками, по которым перекачивается жидкость, заменяющая кровь.

Вдохновленные успехом, ученые решили не останавливаться на достигнутом и в 2022 году разработали первую в мире «вагину на чипе» на основе живых клеток и бактерий для воссоздания микробной среды влагалища. Это устройство, по словам авторов, применимо для тестирования методов лечения бактериального вагиноза.

Позже эта же команда ученых использовала эпителиальные клетки и стромальные фибробласты шейки матки для создания сложной модели шейки матки. Данная модель способна вырабатывать слизь, напоминающую природную.

«Используя «шейку матки на чипе», мы можем контролировать каждый параметр индивидуально, чего невозможно было добиться с людьми, — объяснил руководитель группы Дональд Ингбер. — Например, ученые давно подозревали, что цервикальная слизь играет определенную роль в развитии вагиноза, но не могли это подтвердить. С помощью чипа можно регулировать выработку слизи, что дает возможность изучать ее влияние».

Представленная Ингбером и его коллегами новая «шейка матки на чипе» воспроизводит «поведение» этой части матки во время беременности. Чип, который был выращен из клеток, взятых у женщин, содержит слизистую пробку, защищающую развивающийся плод от инфекции. Непосредственно перед родами пробка рассасывается, шейка матки укорачивается и расширяется, позволяя ребенку пройти через родовые пути.

Поскольку известно, что вагиноз увеличивает риск преждевременных родов, команда ученых культивировала штаммы бактерий, содержащиеся в здоровом вагинальном микробиоме, а также штаммы, вызывающие бактериальный вагиноз, и нанесла их на чипы. В то время как чипы со здоровым микробиомом начали производить больше белка, необходимого для выработки слизи, несбалансированный микробиом спровоцировал воспаление шейки матки и разрушение слизистой пробки. Исследователи обнаружили, что патогенные бактерии заставляют иммунные клетки выделять воспалительные молекулы, которые изменяют структуру шейки матки аналогично тому, как это происходит во время родов, что потенциально объясняет связь между этими микробами и преждевременными родами.

Ученые определили, что виной всему иммунная сигнальная молекула интерлейкин-1 бета. Препарат анакина, одобренный для лечения ревматоидного артрита, блокирует эту молекулу. Когда исследователи применили этот препарат к чипам шейки матки, уровень ферментов, расщепляющих слизь, резко снизился, что позволяет предположить, что анакина может предотвратить преждевременные роды.

Поскольку чипы не включают в себя все типы клеток и гормонов, которые играют важную роль в беременности и родах, трудно сказать, применимы ли данные результаты к реальной практике.

ФЕМИБИОН®: 15 лет на службе здоровья матери и ребенка

Окончание, начало на с. 8

в рацион беременной во II и III триместрах комбинации метафолин + ФК + ДГК считается оправданным в аспекте профилактики ПЭ, ПР и благоприятного влияния на развитие нервной системы будущего ребенка (Middleton P., 2018).

Содержание ДГК 200 мг в отдельной капсуле в комбинации с витамином Е (антиоксидант, защита от окисления) в препарате Фемибион® II является оптимальной формой дозации ДГК. Общая доза витамина Е не превышает допустимую (15 мг альфа-токоферола, согласно обновленным рекомендациям FDA).

По данным Европейского агентства по безопасности продуктов питания (EFSA), достаточным считается потребление селена в количестве 70 мкг/сут, притом что среднее потребление селена с пищей составляет 35,8–50,5 мкг/сут. Таким образом, дополнительный прием селена в дозе 26 мкг/сут, который входит в состав Фемибион®, способствует достижению рекомендуемых уровней.

Лютеин — еще один новый компонент в составе Фемибион® II. Лютеин представляет собой каротиноид природного

происхождения, который специфическим образом накапливается в тканях глаза (желтое пятно), коже и головном мозге. Наиболее высокие концентрации лютеина обнаруживаются в желтом пятне сетчатки глаза. Лютеин действует как антиоксидант и подавляет образование активных форм кислорода, процессы перекисного окисления липидов. Таким образом, лютеин поддерживает целостность мембран фоторецепторов, что определяет полноценное развитие зрительного анализатора у плода (Gazzolo D., 2021).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплекс Фемибион® I, II содержит необходимые витамины и минералы в оптимальных дозах, обоснованных результатами современных исследований. Введение в состав БАД дополнительных микронутриентов обоснованно ввиду высокой распространенности недостаточности их среди беременных женщин. Холин, являющийся уникальным витаминоподобным веществом, отличает БАД Фемибион® I от других комплексов для беременных и оказывает полезное действие на развитие плода.

Список литературы находится в редакции

Источник финансирования. Статья опубликована при под держке ООО «Др. Редди'с Лабораторис». Это никак не повлияло на мнение авторов.
Конфликт интересов. Материалы по продукту предоставлены компанией ООО «Др. Редди'с Лабораторис». Все решения по финальному тексту принимали авторы публикации.

Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии

В.А. Епифанов, К.В. Котенко, Н.Б. Корчажкина
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 568 с.

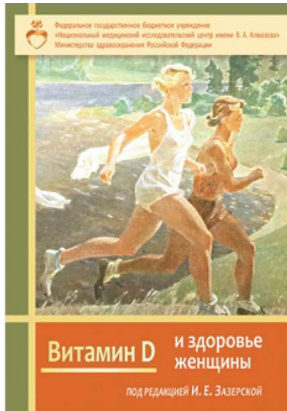
В книге рассмотрены вопросы реабилитации при заболеваниях органов репродуктивной системы женщины, а также применения реабилитационных технологий в акушерстве. Основу ее составляют современные принципы назначения программ медицинской реабилитации женщинам с отдельными гинекологическими заболеваниями с использованием двигательного режима, различных средств лечебной физкультуры и массажа, мануальной и рефлексотерапии, физических факторов и психотерапии.



Витамин D и здоровье женщины

В.В. Дорофейков, И.Е. Зазерская, Л.В. Кузнецова
М.: Эко-Вектор, 2021. 311 с.

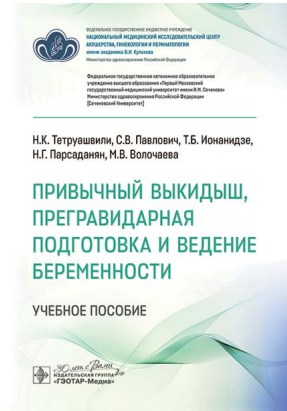
В монографии представлены актуальные сведения о витамине D и его роли для здоровья женщины. Методы фармакологической коррекции дефицита и недостаточности витамина D, описанные в издании, соответствуют современным отечественным и зарубежным рекомендациям. Руководствуясь алгоритмами диагностики и лечения гиповитаминоза D, рассмотренными в монографии, врачи смогут своевременно и качественно оказывать помощь пациентам.



Привычный выкидыш, прегравидарная подготовка и ведение беременности. Учебное пособие

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

В учебном пособии освещены 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.



ОТДОХНИ



Выбор главного редактора проф. Галины Борисовны Дикке

Конклав

Великобритания, США, 2024
Жанр: триллер, драма, детектив
Режиссер: Эдвард Бергер

Весь христианский мир поразила печальная новость — умер Папа Франциск. Теперь кардиналам предстоит собраться в Ватикане и выбрать нового главу римской католической церкви.
«Конклав» — выдающаяся работа Роланда Жоффе с Рэйфом Файнсом в главной роли. Эта кинолента отходит от традиционной драмы, превращаясь в захватывающий политический триллер, который держит в напряжении до финальных титров. Интригующий сюжет о закулисной борьбе кардиналов сочетается с обсуждением ключевых вопросов о роли церкви и ее власти. Такое кино не оставит равнодушным, заставит задуматься о смысле жизни и моральных качествах человека. Картина стала триумфатором основных кинофестивалей. «Конклав» был номинирован на девять премий «Оскар» в 2025 году и одержал победу в номинации «Лучший адаптированный сценарий».



Выбор профессора Александра Сергеевича Духанина

Ярослав Гашек

«Похождения бравого солдата Швейка»

Действие романа происходит в 1914–1915 годах. Он представляет собой цепь едких сатирических новелл, описывающих жизнь Австро-Венгерской империи в последний период ее существования.
По сути это — роман-карикатура. Пародия, гротеск и гипербола — основные методы автора. Подчеркнуто реалистичные образы, приземленные бытовые ситуации у Гашека складываются в фантастическую, абсурдную картину всеобщей глупости и умопомешательства, на фоне которой «официальный идиот» Швейк выглядит чуть ли не самым здравомыслящим персонажем, по выражению чешского литературоведа Радко Пытлика, «клоуном, от которого отскакивает абсурд».
Многие литературные критики считают «Швейка» первым антивоенным романом. Английский историк Эрик Хобсбаум поместил роман Гашека в ряд наиболее ярких произведений европейского авангардного искусства, порожденных Первой мировой войной.

