

Тема
номера

Тазовая боль

Связь эндометриоза
с микробиомом
человека

с. 3

Средства
для устранения боли
и повышения комфорта
интимной жизни

с. 4

Новое в диагностике
вульвовагинальных
инфекций

с. 8

Искусство
выстраивания
коммуникаций
между врачом и пациентом

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!

Одной из наиболее частых жалоб, встречающихся в практике акушеров-гинекологов, является болевой синдром. Он сопровождает целый ряд гинекологических заболеваний и значительно ухудшает качество жизни пациенток. Боль приносит не только физические страдания, но и тяжелые эмоциональные переживания, наряду с причиной, вызывающей ее, способствует превращению медицинской проблемы в социальную.

Нет ни одной области в работе врача-гинеколога, где бы он не сталкивался с проблемой боли у пациенток и необходимостью подбора обезболивающих средств. Начиная с подросткового возраста некоторые девочки вынуждены обращаться к врачам связи с альгодисменореей. Практически все воспалительные и опухолевые процессы органов гениталий сопровождаются болевым синдромом. Особая необходимость в адекватном обезболивании возникает при проведении акушерских и гинекологических операций, а также в послеоперационном периоде. И, конечно, боль во время родов. Она определена экспертами как один из основных компонентов родового опыта. Женщины описывают ее как отличную от любой другой боли, а некоторые сообщают, что это самая запоминающаяся боль, которую они когда-либо испытывали. Пациентки ожидают, что столкнутся с болью во время родов, и могут относиться к ней как положительно, так и отрицательно. Систематический обзор опыта боли при родах у женщин выявил сильные корреляции между личным контролем и удовлетворенностью облегчением боли. Восприятие боли также было определено как сильный предиктор общего опыта родов.

Тема боли в медицине в целом, а в акушерстве и гинекологии в частности, весьма многообразна, и в этом выпуске мы затронули лишь часть этой проблемы, что может послужить импульсом к дальнейшему ее решению.

ИНТЕРВЬЮ

Современные средства борьбы с болью в акушерской практике

В феврале 2018 года вышли в свет рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов. Этот документ уже назвали «декларацией прав и свобод рожениц и новорожденных», и одним из важных пунктов можно считать использование адекватных мер обезболивания при родах. Об этом аспекте оказания акушерской помощи поговорили с д.м.н., профессором Анной Александровной ОЛИНОЙ.



Анна
Александровна
ОЛИНА

Д.м.н., профессор, заместитель директора по развитию ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург; профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь; профессор кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург

— Анна Александровна, расскажите, пожалуйста, каковы основные причины возникновения болевого синдрома в родах?

— На протяжении всей истории человечества роды были одним из самых

загадочных процессов, окутанным множеством мифов. С одной стороны, роды — это прекрасный и незабываемый момент, но с другой — они, как правило, сопровождаются болью, а вместе с ней беспокойством, страхом и стрессом. Недостаточная информированность женщины о современных методах родовспоможения, на мой взгляд, становится источником таких страхов.

Родовая боль вызвана растяжением шейки матки во время раскрытия, ишемией мышц матки и растяжением влагалища и промежности на втором этапе родов. Она имеет огромное физиологическое значение, влияет на течение родов. Отсутствие адекватного анестезиологического пособия увеличивает уровень катехоламинов, которые снижают внутриматочное давление и приток крови к матке. Результатом может стать нарушение перфузии плаценты и гипоксия плода. Помимо этого,

адреналин (частый спутник стресса) выступает в роли токолитика, способствуя нарушению периода схваток.

Боль во время родов вызывает гипервентиляцию, которая провоцирует респираторный алкалоз и сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина матери влево, что снижает поступление кислорода к плоду.

— Всегда ли боль — спутник родов?

— Восприятие боли во время родов индивидуально: некоторые пациентки могут справиться с ней самостоятельно, другим требуется вмешательство специалиста, причем в современных условиях возможно применение как фармакологических, так и нефармакологических методов.

Я не стала бы однозначно утверждать, что боль в процессе родов — абсолютное зло. Она дает врачу и матери

Окончание на с. 2 ▶

НОВОСТИ

Синдром поликистозных яичников, гестационный сахарный диабет и интрагравидарные риски

Согласно данным, полученным учеными из университетов Швеции и Норвегии, сочетание синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и гестационного сахарного диабета (ГСД) не повышало вероятность неблагоприятных исходов беременности по сравнению с изолированным ГСД.

Популяционное когортное исследование основывалось на 5 шведских национальных регистрах 281 806 одноплодных беременностей за период 1997–2015 гг. Для оценки взаимовлияния СПКЯ и ГСД сравнивали показатели в группах женщин с СПКЯ ($n = 40\ 272$), ГСД ($n = 2236$), сосуществованием обоих заболеваний ($n = 1036$) и в контрольной группе условно здоровых рожениц ($n = 238\ 262$). СПКЯ ассоциировался с ростом частоты

преэклампсии и ГСД, а также 8 неонатальных исходов (включая мертворождение и преждевременные роды). В частности, риск преэклампсии при нем на 18 % превышал таковой в контрольной группе (ОШ 1,18; 95 % ДИ 1,11–1,26). В отношении преждевременных родов значение ОШ для изолированного СПКЯ составило 1,34 (95 % ДИ 1,28–1,41), для ГСД — 1,64 (95 % ДИ 1,39–1,93) и для их коморбидности — 2,08 (95 % ДИ 1,67–2,58). Женщины в группе СПКЯ имели более высокий риск мертворождения относительно контроля (ОШ 1,52; 95 % ДИ 1,29–1,80) в отличие от рожениц с ГСД (ОШ 0,5; 95 % ДИ 0,24–1,39). Комбинация ГСД и СПКЯ не продемонстрировала связи с повышенными рисками беременности по сравнению с наличием только ГСД. Таким образом, сосуществование СПКЯ и ГСД не увеличивало интрагравидарные риски относительно изолированного ГСД. С учетом ретроспективного характера исследования необходимо дальнейшее изучение прогностической роли этой патологии в рандомизированных клинических исследованиях.

Современные средства борьбы с болью в акушерской практике

« Окончание, начало на с. 1

важные сигналы о ходе родов на всех этапах. Однако нет никаких сомнений в необходимости контролировать интенсивность этого синдрома, не допуская его негативного влияния на состояние матери и новорожденного.

— Какие факторы могут повлиять на выбор анестезиологического пособия?

— На решение об обезболивании родов могут повлиять многие факторы, в частности высокий индекс массы тела пациентки, сердечно-сосудистые заболевания, тромбоэмболия, кардиомиопатия, акушерский анамнез (например, предшествующее кесарево сечение), преэклампсия. Важное значение также может иметь прием беременной лекарственных препаратов, способных изменить эффект анестетика.

— В чем преимущества фармакологических методов обезбоживания?

— Регионарная анестезия всеми ведущими медицинскими организациями мира признана оптимальным методом анестезиологического пособия в акушерстве.

Эпидуральная анестезия относится к группе «центральных блокад». Препарат вводится через пластиковый катетер в эпидуральное пространство спинного мозга. Появление эпидуральной анестезии стало настоящим прорывом в акушерстве, прежде всего благодаря тому, что этот метод обеспечивает адекватное обезбоживание родов, но не влияет на систолическую функцию матки, что позволяет роженице принимать активное участие в процессе. В числе важных преимуществ метода можно назвать относительно редкое возникновение побочных эффектов, таких как рвота, головокружение, сонливость, и быстрое уменьшение боли. В ходе многочисленных исследований не было выявлено никакого влияния на неонатальный статус новорожденных, матери которых применяли эпидуральную анестезию. К техническим осложнениям при проведении эпидуральной анестезии относится случайный прокол твердой мозговой оболочки с развитием в последующем постпункционных головных болей.

К системным методам обезбоживания относят применение опиоидов. Также возможно использование

ингаляционных методов, хотя они являются менее эффективными и требуют постоянного наблюдения за состоянием матери и плода. Этот метод противопоказан женщинам с заболеваниями сердца и дыхательных путей. Закись азота может использоваться в случаях, когда эпидуральная анестезия противопоказана или ее выполнение невозможно, а также если женщина отказывается от инвазивных вмешательств.

— Насколько убедительна доказательная база эффективности нефармакологических методов анестезии?

— Хочется отметить растущую популярность немедикаментозных методов обезбоживания в родах и набирающий вес пул исследований, подтверждающих эффективность этих стратегий. Ряд научных работ показывают, что во всем мире почти 73 % женщин используют по крайней мере один нефармакологический метод для облегчения боли во время родов. Чаще всего пациентки применяют дыхательные техники (48 %), изменение положения тела (40 %), массаж (22 %), а также психологические стратегии, например расслабление (21 %).

Хорошо изучены терапевтические возможности воды. Так, в акушерской практике могут быть использованы методы погружения в воду в первом периоде родов с дальнейшим родоразрешением в родильном зале, а также непосредственно роды в воде. Конечно, применение этих методов должно осуществляться строго под контролем медицинских специалистов. Температура воды должна быть 34–37 °С, так как тепло способствует расслаблению и обезболиванию. Гидростатическое давление, формируемое водой, облегчает потуги. Выталкивающая сила позволяет женщине принимать удобную позу во время схваток. Кроме того, вода уменьшает мышечное напряжение, погружение в нее снимает беспокойство и стресс. Однако, повторюсь, использование этих методик должно быть тщательно продумано и осуществляться только под наблюдением медицинского персонала.

Еще один немедикаментозный метод, имеющий давнюю и хорошую репутацию, — массаж. Беременная должна находиться в удобной позе, она может лежать, сидеть на мяче или на стуле. Ряд

исследований показывают, что массаж дополнительно уменьшает депрессию и тревожность.

Весьма популярен среди пациенток мяч для родов. Покачивания и вращения тазом на специальном мяче (фитбол) уменьшают интенсивность болевых ощущений, что имеет под собой весьма внушительную доказательную базу, представленную современными экспертами. Использование фитбола в родах отражено даже в клинических рекомендациях.

— Давние и тоже хорошо известные методы дыхательных практик: акупунктура, музыкотерапия — не отстают в доказательности своей действенности?

— Совершенно верно! Глубокое дыхание способствует релаксации, снимает мышечное напряжение, дарит спокойствие — это всем известно. В нашем институте регулярно проводятся занятия по дыханию, в том числе индивидуальные. Кстати, умение правильно дышать пригодится не только во время родов, но и в повседневной жизни. В родах же основное — синхронизировать дыхание с ходом схваток. Правильное дыхание улучшает кровоснабжение органов и позволяет пациентке расслабиться. Йога, гипноз также позволяют достичь релаксации и обезбоживания родовой деятельности.

Иглокальвание — метод, требующий от медицинского специалиста хорошей базовой подготовки, но его эффективность также несомненна и подтверждена многочисленными исследованиями. Есть четкие доказательства, что акупунктура помогает уменьшить боль, влияет на продолжительность родов и может свести к минимуму применение фармакологических методов обезбоживания.

У музыки много полезных свойств, которые можно задействовать еще задолго до родов. Известно, что прослушивание композиций, синхронизированных с частотой сердцебиения матери во время беременности, оказывает на плод положительное влияние. Во время родов мелодия уменьшает мышечное напряжение, позволяет женщине расслабиться, облегчает дыхание и снижает психофизическое напряжение. Стоит сказать, что в нашем институте музыкотерапия начала широко применяться во времена Дмитрия Оскаровича Отта: появился орган, все пациентки имели удовольствие слушать органную музыку. Эта традиция сохраняется и в настоящее время. Дни

открытых дверей каждый месяц начинаются с органной музыки.

— Какова нормативно-правовая база применения акушерской анестезии? Может ли пациентка по собственному желанию отказаться от обезбоживания или, наоборот, потребовать его?

— В настоящее время многие вопросы медицинской деятельности отражены в клинических рекомендациях, доступ к которым открыт и для пациентов. Приведу пример — клинические рекомендации «Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании)». В них подробно изложена информация о немедикаментозных и медикаментозных методах обезбоживания. Конечно, желание женщины учитывается, но в подавляющем большинстве случаев наши пациентки прислушиваются к рекомендациям врача.

— До сих пор можно встретить мнение, что использование обезбоживающих средств влияет на формирование привязанности между матерью и младенцем. Имеет ли это утверждение научное обоснование? Какими должны быть контраргументы, если врач столкнется с такой позицией пациентки?


— Да, с такими вопросами приходится сталкиваться в практической работе. Безусловно, это утверждение скорее из разряда мифов. Научных подтверждений разрыва связи между матерью и новорожденным вследствие использования анестезиологического пособия нет. Думаю, что важным контраргументом можно считать как раз формирование благоприятного опыта родов без боли и дискомфорта, чтобы мать могла полностью погрузиться в эмоциональную составляющую этого момента, наладить впоследствии лактацию, усиливающую связь с младенцем.

— Какие нюансы консультирования пациентки перед родами необходимо учитывать врачу при выборе анестезии?

— Считаю важным получить консультацию врача-анестезиолога до родов, если пациентка настаивает на обезболивании родов в любом случае. Метод анестезии по медицинским показаниям также выбирается анестезиологом в зависимости от индивидуальных характеристик пациентки.

— Большое спасибо за беседу! Надеемся на продолжение обсуждения этой важной темы.

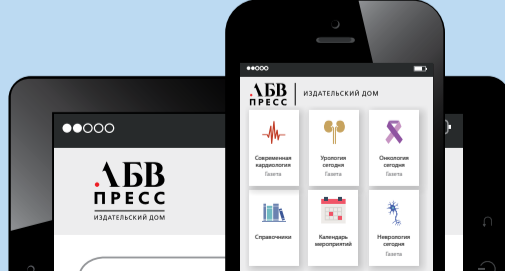
Беседовала Ольга Катасонова



www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

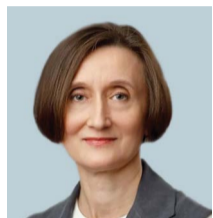


- ГАЗЕТЫ
- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
- СПРАВОЧНИКИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
- УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ: ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ OFF-LINE.

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Связь эндометриоза с микробиомом человека

Эндометриоз (ЭМ) — распространенное гинекологическое заболевание, при котором нормальная железистая и стромальная ткань матки разрастается за пределами полости матки, вызывая такие симптомы, как прогрессирующая дисменорея, диспареуния, хроническое воспаление органов малого таза и бесплодие. Эндометриоз чаще всего диагностируется у женщин в возрасте 25–45 лет, при этом глобальная распространенность составляет приблизительно 10–15 %.



Екатерина Сергеевна ВОРОШИЛИНА

Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской микробиологии и клинической лабораторной диагностики ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ

Несмотря на десятилетия исследований, точный патогенез эндометриоза до сих пор не до конца изучен. Основные патофизиологические теории включают теорию имплантации, ретроградной менструации, метапластическую и теорию различий в генетической экспрессии. Недавние исследования показывают, что хотя ЭМ является доброкачественным состоянием, некоторые его характеристики, такие как инфильтрация, миграция и рецидив, схожи со злокачественными опухолями. Теория аутопического эндокардиального детерминизма считается прорывом в дополнение к теории ретроградного потока, которая предполагает, что мутации в определенных детерминантах эндометриальной ткани могут способствовать более сильному ангиогенезу, миграционной и инвазивной способности, что приводит к развитию ЭМ.

Поражения при ЭМ возникают преимущественно в полости таза, которая также является вместилищем для тонкого и толстого кишечника. Именно в кишечнике содержится до 80 % всех бактерий и архей, составляющих микробиом человека. Кишечная микробиота участвует во многих воспалительных, иммунных и пролиферативных заболеваниях. При этом ряд заболеваний кишечника, а именно синдром раздраженного кишечника (СРК) и воспалительные заболевания (ВЗК), имеют схожую клиническую картину с ЭМ: рецидивирующую боль в животе, спазмы, беспокойство и локальную воспалительную микросреду в поражениях. Растет количество доказательств того, что дисбиоз кишечника участвует в возникновении, развитии и обострении ВЗК и СРК, и существует аналогичная связь между дисбактериозом кишечника и патогенезом ЭМ. Кроме того, многие исследования показали корреляционную связь между ЭМ и микробиотой кишечника.

МИКРОБИОМ КИШЕЧНИКА И ЭНДОМЕТРИОЗ

Желудочно-кишечный тракт представляет собой сложную экосистему,

состоящую из стабильного баланса клеток слизистой оболочки кишечника, иммунных клеток и микробных сообществ. Эубиоз характеризуется высоким уровнем бактерий, относящихся к филумам *Bacillota* и *Bacteroidota* (>90 %), и низким процентом *Pseudomonadota*.

В последние годы благодаря использованию молекулярно-генетических методов все больше исследований раскрывают значительную роль микробиоты кишечника в патогенезе ЭМ, хотя и с противоречивыми результатами. У пациенток с ЭМ было выявлено несколько более высокое содержание бактерий родов *Streptococcus*, *Enterococcus* и *Escherichia coli* относительно здоровых женщин. Анализ секвенирования 16S рРНК показал, что альфа- и бета-разнообразие микробиоты кишечника ниже у пациенток с ЭМ по сравнению с таковыми у здоровых людей. Однако результаты другого исследования показали, что альфа-разнообразие микробиоты кишечника в группе с ЭМ было ниже, чем в контрольной группе, а соотношение *Bacillota/Bacteroidota* — выше. Анализ микробиома брюшины человека выявил обилие бактерий родов *Acidovorax*, *Devosia*, *Methylobacterium*, *Phascolarctobacterium* и *Streptococcus* в перитонеальной жидкости пациентов с ЭМ по сравнению с контрольной группой.

В недавнем исследовании на мышах было показано, что рост эндометриозных поражений замедляется за счет истощения микробиоты кишечника, а введение фекальных бактерий от мышей с ЭМ может усугублять рост поражений, что доказывает тесную связь между микробиотой кишечника и ЭМ.

ГИПОТЕЗА ДИСБИОЗА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Исследования показывают, что женщины с ЭМ имеют отличающийся состав микробиома по сравнению со здоровыми женщинами, причем эти наблюдения касаются не только кишечника, но и влагалища. В частности, у них наблюдают:

- снижение уровня лактобактерий во влагалище, что может повышать восприимчивость к воспалению;
- изменение состава микробиома кишечника, что влияет на уровень эстрогенов и иммунный ответ;
- присутствие специфических патогенов, таких как *Escherichia coli* и *Fusobacterium spp.*, которые могут способствовать воспалению.

МИКРОБИОМ КИШЕЧНИКА И МЕТАБОЛИЗМ ЭСТРОГЕНОВ

Одним из центральных факторов, влияющих на развитие ЭМ, является избыток эстрогенов. Микробиом кишечника участвует в метаболизме этих гормонов через эстроболом — совокупность кишечных бактерий, регулирующих циркулирующий уровень эстрогенов.

В норме эстроболом помогает расщеплять избыточный эстроген, выводя его из организма. Однако при дисбиозе наблюдается:

- снижение способности к разрушению эстрогенов, что приводит к их накоплению и усилению гормонального дисбаланса;
- увеличение продукции β-глюкуронидазы — фермента, который восстанавливает конъюгированные формы эстрогенов, позволяя им снова всасываться в кровь.

Таким образом, нарушение состава кишечного микробиома может способствовать гиперэстрогении, что создает благоприятные условия для прогрессирования ЭМ.

ВАГИНАЛЬНЫЙ И МАТОЧНЫЙ МИКРОБИОМ

Ранее считалось, что полость матки является стерильной, однако современные исследования показали, что она содержит определенный микробиом. У женщин с ЭМ выявлено:

- уменьшение количества лактобактерий, защищающих слизистую оболочку;
- увеличение концентрации *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Prevotella* и других патогенов;
- наличие *Fusobacterium spp.* и *Fannyhessea vaginae* (ранее *Atopobium vaginae*), ассоциированных с хроническим воспалением.

Эти изменения могут способствовать нарушению иммунного ответа, усилению воспаления и образованию спаек.

ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ И ВОСПАЛЕНИЕ

Микробиом напрямую взаимодействует с иммунной системой, регулируя воспалительные процессы. При ЭМ наблюдается хроническое воспаление, в котором участвуют макрофаги, цитокины и другие компоненты иммунного ответа.

Дисбиоз может усугублять воспаление за счет:

- увеличения продукции провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF-α);

- снижения активности регуляторных Т-клеток, которые подавляют избыточное воспаление;
- повышения проницаемости кишечника («синдром дырявого кишечника»), что приводит к поступлению бактериальных эндотоксинов в кровоток и усилению воспаления.

Таким образом, нарушение микробного баланса может способствовать развитию хронического воспаления, характерного для эндометриоза.

ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОМА НА БОЛЬ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Боль — один из основных симптомов ЭМ. Дисбиоз может усиливать болевые ощущения через несколько механизмов.

- **Продукция токсинов** — бактерии кишечника продуцируют липополисахариды и другие токсины, которые активируют болевые рецепторы.
- **Изменение чувствительности нервной системы** — воспаление, вызванное дисбиозом, может приводить к гиперактивности болевых рецепторов.
- **Нарушение метаболизма серотонина** — микробиота кишечника участвует в выработке серотонина, который регулирует болевую чувствительность. При дисбиозе может снижаться уровень серотонина.

КАК ЭНДОМЕТРИОЗ ВЛИЯЕТ НА МИКРОБИОТУ?

Между эндометриозом и микробиотой существует двунаправленная связь, которую стоит учитывать, планируя лечение пациентки.

- **Изменение иммунного ответа.** Хроническое воспаление при ЭМ влияет на баланс микробиоты, увеличивая количество воспалительных бактерий и снижая популяции полезных лактобактерий.
- **Антибактериальная и гормональная терапия.** Лечение ЭМ указанными препаратами может изменять состав микробиоты.
- **Снижение защитных функций слизистых оболочек.** ЭМ ассоциирован с нарушением барьерных функций кишечника, что делает его уязвимым для воспалительных реакций.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Учитывая важную роль микробиома в развитии ЭМ, перспективным направлением лечения является его коррекция, которая может включать одно или несколько из следующих направлений.

- **Пробиотики и пребиотики** — использование лактобактерий и бифидобактерий для восстановления нормального микробиома.
- **Антибиотикотерапия** — направленное уничтожение патогенных микроорганизмов.
- **Диета и нутритивная поддержка** — питание, богатое клетчаткой и антиоксидантами, способствует восстановлению здорового микробиома.
- **Трансплантация фекальной микробиоты (ТФМ)** — перспективный метод, позволяющий восстановить кишечный микробиом у пациенток с тяжелым дисбиозом (находится в стадии изучения). 🌱

Средства для устранения боли и повышения комфорта интимной жизни

Г.Б. ДИККЕ

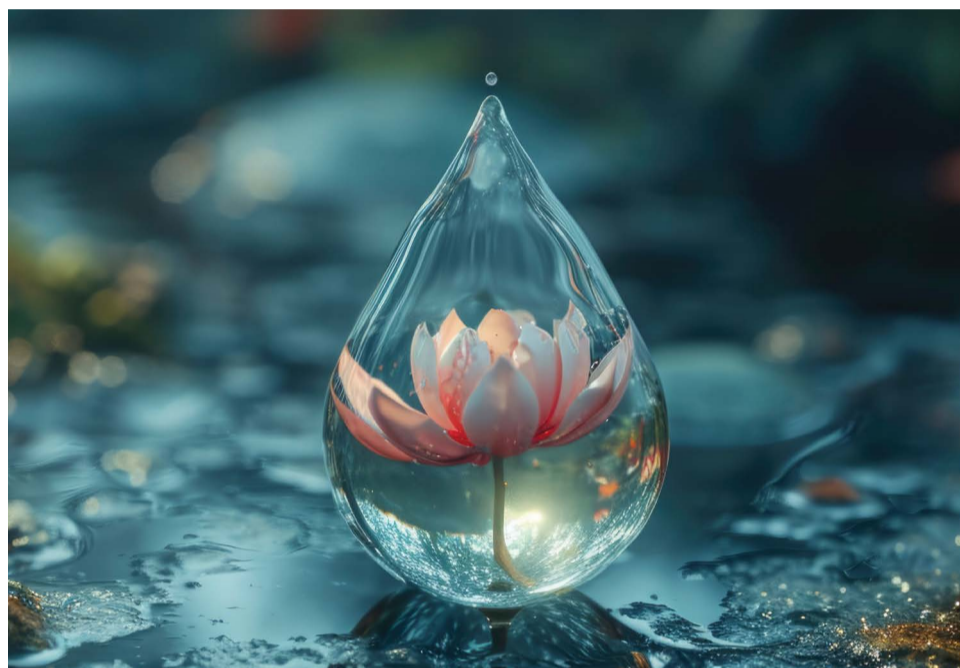
Содействие сексуальному здоровью является приоритетом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Рабочее определение сексуального здоровья ВОЗ: «Состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия в отношении сексуальности; это не просто отсутствие болезней, дисфункций или немощей. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного подхода к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможности иметь приятный и безопасный сексуальный опыт, свободный от принуждения, дискриминации и насилия».

В контексте общественного здравоохранения формой самопомощи, которую ВОЗ определяет как «способность отдельных лиц, семей и сообществ укреплять здоровье, предотвращать заболевания, поддерживать здоровье и справляться с болезнями и инвалидностью», является использование лубрикантов.

ЛУБРИКАНТЫ И ИХ НАЗНАЧЕНИЕ

Лубрикант (от лат. *lubrico*) — означает «гладкий», «скользящий», используется в значении материала, снижающего трение и облегчающего скольжение. В основе лубрикантов — гель, который адгезируется к эпителиоцитам, имитируя естественную вагинальную среду и защищая слизистую оболочку от патогенных микроорганизмов.

Лубриканты способствуют оптимальной сексуальной функции и наслаждению для сексуально активных людей независимо от пола, состояния здоровья и могут улучшать сексуальные отношения. Они особенно полезны для испытывающих диспареунию и/или сухость



влагалища, связанную с менопаузой, или для практикующих анальный секс. Лубриканты рекомендуются также для использования в сочетании с презервативами для уменьшения риска их разрыва и, следовательно, обеспечения лучшей защиты от инфекций,

передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ.

Для женщин с явлениями вульвовагинальной атрофии в постменопаузальном периоде для избавления от симптомов в качестве средств первой линии

лечения рекомендуют использовать лубриканты наряду с регулярной половой активностью и увлажнителями (North American Menopause Society, 2022).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ ЛУБРИКАНТОВ

Согласно опросам, 65 % женщин и 70 % мужчин использовали интимную смазку хотя бы раз в жизни. На российском рынке представлено 1965 брендов лубрикантов. Основные продажи приходятся на 20 % из них. Производственные мощности по выпуску лубрикантов и смазок для секса в России сосредоточены в Москве, Московской, Нижегородской, Владимирской областях, Санкт-Петербурге. Объем импорта лубрикантов и смазок для секса в Россию в 2022 г. составил 36 437,6 тыс. долларов США. Наибольшую долю импорта заняли бренды CONTEX, DUREX, HOT.

КОМПОНЕНТЫ ЛУБРИКАНТОВ

Классический состав смазки — это основа из воды, масел или продуктов нефтепереработки, загустители и стабилизаторы, консерванты, отдушки,

Виды лубрикантов

Главный классификационный критерий лубрикантов — это их основа.



Лубриканты на водной основе.

На 95 % состоят из воды. Другие ингредиенты добавляются, чтобы сделать текстуру гелеобразной. Часто используют увлажняющие вещества (гиалуроновая кислота, алоэ вера и т.д.) и регуляторы pH (лимонная кислота, молочная кислота и т.д.). Обладают хорошими смазывающими и скользящими свойствами, но быстро впитываются, что требует дополнительного использования в процессе полового контакта. Минусы: деформируют изделия из силикона, портят постельное белье, трудно смываются, долго разлагаются в природе. Кроме того, почти во всех смазках на водной основе используются такие компоненты, как глицерин, пропиленгликоль или консерванты, парабены (имеют накопительный эффект), хлорахид, феноксизтанол, которые,

как показывают исследования, могут повредить ткани влагалища и ануса, что приводит к повышенному риску ИППП и раздражения. Многие компании используют традиционный метод добавления глицерина или пропиленгликоля, так как это дешево и создает хороший скользящий эффект. Однако существуют более приемлемые и здоровые альтернативы: экстракт морских водорослей, камедь рожкового дерева, гуаровая или ксантановая камедь.



Лубриканты на масляной основе.

Такие смазки универсальны, но имеют два важных недостатка: они несовместимы с презервативами из латекса, а во влагалище остается масляная пленка, которую невозможно удалить смыванием. Из-за этого нарушается доступ воздуха к тканям слизистой, что может изменить состав вагинальной микрофлоры.



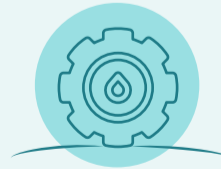
Лубриканты на растительной основе.

Это на 100 % натуральные лубриканты с долгим эффектом скольжения. В состав входят только растительные масла: кокосовое, какао, ши, миндальное, масло из виноградных косточек и т.д. В них много полезных для кожи веществ, в том числе триглицериды и витамины, они не содержат консервантов. Минусы: нельзя использовать с презервативами из латекса и игрушками из пористых материалов, оставляют следы на постельном белье, трудно смываются.



Гибридные лубриканты. В состав включены вода, масла, силиконы,

загустители и гелеобразователи, увлажнители, консерванты. Напоминают смазки на водной основе, но обладают более длительным действием, подходят для вагинального и анального секса. Сочетают положительные качества всех видов смазок. Минусы: могут содержать опасные компоненты, трудно смываются, могут испачкать постельное белье.



Лубриканты на силиконовой основе.

Отличаются тем, что практически не впитываются и редко требуют обновления в процессе полового контакта. Отлично работают в воде, хорошо смазывают и долго держатся. Сочетаются с изделиями из латекса. Их можно использовать для анального секса, потому что эти средства создают хорошее скольжение.

увлажнители. Встречаются также дополнительные компоненты с охлаждающим и согревающим действием, а также ксеноэстрогены, имитирующие действие женского гормона. Однако, хотя использование лубрикантов может быть в целом полезным, некачественные продукты могут привести к неблагоприятным последствиям для здоровья (Kennedy C.E., 2021).

ОПАСНЫЕ И ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

- **Глицерин.** Компонент лубрикантов на водной основе, который может способствовать разрушению эпителия и росту дрожжеподобных грибов (*Candida*).
- **Пропиленгликоль.** Увлажнитель, произведенный из нефтяного и кукурузного сиропа, делающий клетки эпителия уязвимыми к половым инфекциям. Однако без глицерина и пропиленгликоля смазка не будет вязкой и не будет собственно эффекта скольжения и снижения трения. Главное, чтобы процентное содержание данных компонентов не выходило за пределы безопасных норм — это до 10 % для глицерина и до 8 % для пропиленгликоля (Becker L.C., 2019; Fiume M.M., 2012).
- **Хлоргексидин.** Антисептик, который уничтожает лактобактерии влагалищной флоры.
- **Гидроксид натрия (щелочь).** Вызывает раздражение кожи в концентрации выше 2,5 %.
- **Ксеноэстрогены.** Могут вызывать нарушения функции половой системы.
- **Поликватерниум-15.** Консервант, который увеличивает проницаемость клеток эпителиального слоя и вызывает их воспаление.
- **Ментол.** Охлаждающий компонент, может вызывать раздражение и аллергическую сыпь.
- **Экстракт красного перца.** Согревающий компонент, способный вызывать раздражение кожи.
- **Ароматизаторы и вкусовые добавки.** Придают интимному гелю-смазке вкус вишни, клубники, банана и др. Эти добавки, несмотря на привлекательность идеи, могут вызвать аллергическую реакцию, появление грибов и нарушения микрофлоры. Ароматизаторов и вкусовых добавок лучше избегать.

Некоторые консерванты и микробициды, входящие в состав лубрикантов, связаны с негативным воздействием на слизистую влагалища и повышением восприимчивости к патогенным микроорганизмам (наноксидол-9, хлоргексидин, парабены), а также могут значительно ухудшить подвижность сперматозоидов даже в очень низких концентрациях (глицерин, ноноксидол-9 при осмолярности выше 600 мОсм/л и pH ниже 6,0) (Edwards D., 2014).

НЕЙТРАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

- **Метил- и пропилапарабен.** Синтетический консервант, который не оказывает негативного действия на половую систему в малых концентрациях.

- **Бензоат натрия.** Консервант, не повреждающий ткани половых органов, если используется в концентрации ≤ 1 %.
- **Сорбат калия.** Как и предыдущие компоненты, в малых количествах не опасен для организма.
- **Пропандиол.** Увлажнитель для лубрикантов на водной основе, в крайне редких случаях может вызвать раздражение.

БЕЗОПАСНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

- **Растительные масла:** рапсовое, кокосовое, ши и др.
- **Каррагинан (красная водоросль).** Загуститель, снижающий передачу ИППП и ВИЧ.
- **Лимонная кислота/молочная кислота.** Консервант и регулятор pH в смазках на водной основе.
- **Сок алоэ.** Успокаивающий и увлажняющий компонент для смазок на водной основе.
- **Гуаровая и ксантановая камедь.** Натуральные загустители и гелеобразователи.

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ВЫБОРУ ЛУБРИКАНТОВ

Основными характеристиками лубрикантов являются осмолярность и pH. Более высокая осмолярность в значительной степени коррелирует с повышением раздражения слизистой оболочки (жжение, покраснение и зуд) и повреждением тканей. ВОЗ рекомендует, чтобы осмолярность смазки не превышала 380 мОсм/л, чтобы свести к минимуму любой риск повреждения эпителия. Однако, поскольку в большинстве коммерчески доступных препаратов это значение значительно превышает, верхний предел установлен в 1200 мОсм/л, что считается приемлемым, и для его поддержания необходимо, чтобы концентрация глицерина не превышала 9,9 % массовой доли, а концентрация пропиленгликоля (или смеси гликолей) должна быть не выше 8,3 %.

У здоровых взрослых нормальные диапазоны pH влагалища и прямой кишки составляют 3,8–4,5 и ~7,0 соответственно, поэтому оптимальные потребности для вагинального и ректального полового акта не могут быть обеспечены одним лубрикантом. Лубриканты для вагинального секса должны иметь аналогичный влагалищному pH (3,8–4,5), чтобы не навредить естественной флоре и не снизить уровень естественной защиты влагалища. Такой pH встречается у качественных лубрикантов на безглицериновой основе. pH анальной смазки должен быть нейтральным, в районе 6–7 (смазки на водной основе здесь не подойдут, следует применять силиконовые или растительные).

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГЕЛЯ DUREX NATURALS

В рандомизированном исследовании (Palacios S., 2023) изучались эффективность и безопасность пяти средств на водной основе от трех брендов (DUREX, KY, Queen V) для облегчения сухости влагалища и диспареунии у женщин в пре- и постменопаузе

($n = 160$). Четыре смазки имели осмолярность от 663 до 1200 мОсм/л и одна — 5136 мОсм/л (контроль). Показано, что при осмолярности лубрикантов менее 1200 мОсм/л профиль их безопасности был приемлемым, нежелательных реакций не возникало; по заявлению гинекологов, все продукты большинство испытуемых очень хорошо переносили, более половины участников исследования дали положительную оценку смазкам в отношении эффективности (длительное смазывание, степень дискомфорта во время вагинального полового контакта и текстура смазки). Улучшение общего балла по FSFI (Female Sexual Function Index, опросник женской сексуальной дисфункции) наблюдалось на 5,1–7,1 балла, то есть более чем на 4 балла (клинически важное изменение, по Derogatis L., 2008), после 4 недель использования у большинства испытуемых (54–78 %) и превышало порог в 26,55 балла (ниже — сексуальная дисфункция, по Wiegel M., 2005). Контроль pH через 2 и 24 часа показал, что смазки не влияют на микросреду влагалища (pH от 3,5 до 4,5), равно как и в долгосрочной перспективе. Четыре вида лактобактерий преобладали как минимум у 50 % субъектов.



Молочная кислота в составе геля DUREX NATURALS способствует формированию биопленки лактобактерий и поддерживает функциональную активность поверхностных клеток влагалища. Так, в ходе двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования было продемонстрировано, что применение геля DUREX NATURALS уменьшает ощущение сухости влагалища, боль во время полового акта, сопровождается снижением pH. Кроме того, стоит отметить, что гель DUREX NATURALS совместим с презервативами из натурального латекса и полиизопреновыми презервативами. Гель DUREX NATURALS оправдывает свое название, ведь в его составе только натуральные компоненты, обеспечивающие оптимальное увлажнение интимной зоны и благоприятный

уровень pH (3,5–4,5) для поддержания вагинальной микрофлоры, он имеет нейтральный запах и вкус.

В исследовании было показано, что использование геля DUREX NATURALS позитивно влияет на удовлетворенность интимной жизнью: при контактах без презерватива и геля она была оценена респондентами на 6,8 балла (по шкале от 1 до 10), а частота ее была 2,5 раза в неделю, при использовании геля эти показатели составили 7,6 балла и 4,1 раза соответственно, при использовании презерватива и геля — 7,7 и 4,2 соответственно (ENA Penetration Tracker, 2019).

РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА

Из 60 исследований в систематический обзор было включено 7, отвечавших критериям отбора (Kennedy C.E., 2021). Результаты показали, что использование лубрикантов было связано с улучшением женского сексуального благополучия — общий балл по шкале FSWB (шкала женского сексуального благополучия, Rosen R.C., 2009) в парах с лубрикантом против отсутствия лубриканта составил 6,35 против 1,94.

Использование лубрикантов, а также упражнений на расслабление мышц тазового дна было связано с более низкими показателями диспареунии (средняя разница –4,3 балла) и более высокими показателями сексуального комфорта (средняя разница +2,1 балла).

Участников попросили указать причины использования лубриканта во время полового акта — наиболее одобренным утверждением (89,3 %) было то, что лубрикант уменьшал боль/дискомфорт.

В этот же обзор для оценки ценностей и предпочтений было включено 21 исследование. Причины, по которым люди предпочитают использовать лубриканты, широко варьировали и включали любопытство, предпочтение партнера, комфорт, повышенную готовность к сексу, более легкое возбуждение, улучшенную прелюдию, легкость введения и достижения оргазма, лучшее его качество, увеличение удовольствия (для себя или своего партнера), уменьшение сухости/боли/дискомфорта, снижение риска разрыва вульвы/влагалища/ануса, снижение вероятности высыхания/разрыва презерватива и более приятное его использование. Большинство участников предпочитали смазки без вкуса, цвета и запаха.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование качественных лубрикантов может способствовать улучшению сексуального здоровья и благополучия. На основании ряда материалов и обсуждений среди различных заинтересованных сторон ВОЗ рекомендует сделать лубриканты доступными для факультативного использования среди сексуально активных лиц (2023).

Список литературы находится в редакции

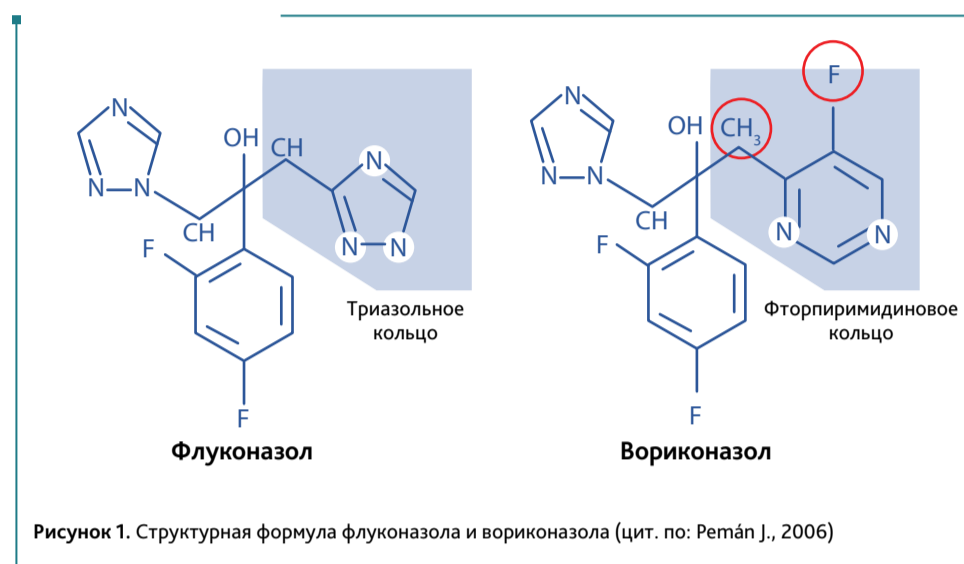
Антимикотик нового поколения

Дайджест от редакции

Лечение неосложненного кандидозного вульвовагинита (КВВ), к которому относят спорадический (единичный) симптоматический эпизод, обычно вызванный *C. albicans* и сопровождающийся легкой клинической картиной, не вызывает трудностей. Обычно, согласно клиническим рекомендациям, применяют антимикотическую терапию препаратами азолового ряда интравагинально (преимущественно) и/или системно. Осложненный КВВ представляет собой проблему.

К осложненным формам КВВ относят заболевания с тяжелым течением у пациенток с гормональными нарушениями и ослабленным иммунитетом, в т. ч. у инфицированных ВИЧ, вызванные видами *Candida*, отличными от *C. albicans*, и КВВ, имеющий рецидивирующее течение (РКВВ).

Особенностью КВВ является высокая частота рецидивов (от 50–64 % через 6 мес и до 64–78 % — через 12 мес) (Belayneh M., 2017). Этому способствует появление резистентных штаммов *C. albicans* и увеличение доли *C. non-albicans*, обладающих природной устойчивостью к используемым лекарственным средствам. Наиболее высокий уровень резистентности *Candida* был установлен к флуконазолу и итраконазолу, о чем еще в 2014 г. сообщила Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, WHO).



Обращает на себя внимание, что в рекомендации CDC (2021) и европейские рекомендации IUSTI/WHO (2018) в качестве препарата выбора для супрессивной терапии РКВВ включен

только флуконазол. Однако результаты исследования Matheson A. с соавт. (2017) свидетельствуют о том, что предложенный режим (флуконазол еженедельно в течение 6 мес) эффективен лишь у 42,9 % пациентов. Кроме того, применение флуконазола в супрессивном режиме хоть и увеличивает время до очередного рецидива, но не обеспечивает длительного эффекта и сопряжено с риском появления устойчивых штаммов (Marchaim D., 2012). В таких ситуациях международные эксперты рекомендуют использовать альтернативные средства, которые в большинстве своем официально не одобрены для этого показания (Farr A., 2021).

НОВЫЙ ЗАХВАТЫВАЮЩИЙ РУБЕЖ ИССЛЕДОВАНИЙ

Флуконазол и итраконазол являются триазолами первого поколения, которые ранее широко использовались. При этом к флуконазолу были чувствительны в основном *C. albicans* и в меньшей степени *C. non-albicans*, к итраконазолу — наоборот (Pemán J., 2006). Доминирование флуконазола и итраконазола в лечении серьезных грибковых инфекций недавно было оспорено с появлением нового препарата, разработанного путем структурной модификации флуконазола с заменой триазольного фрагмента на фторпиримидиновое кольцо и добавлением α -метильной группы (CH_3) к пропиленовому остову (рис. 1), что увеличило его сродство к целевому ферменту грибов и усилило противогрибковую активность и эффективность *in vivo*. Он получил название **вориконазол — триазол второго поколения** — с широким спектром действия против практически всех грибковых патогенов, включая *Candida spp.* (в том числе резистентные штаммы *C. krusei* и *C. glabrata*).

Чувствительность изолятов *Candida spp.* ко всем трем противогрибковым препаратам для сравнения представлена на рис. 2. Пероральная биодоступность вориконазола превышает 70 %, он имеет необычный нелинейный фармакокинетический профиль (рис. 3), и кривая его выведения после перорального или внутривенного введения имеет вид хоккейной клюшки (Roffey S.J., 2003). Вориконазол был запатентован в 1990 году, одобрен для медицинского применения в США в 2002 году и нашел применение при тяжелых инвазивных формах микозов. Он включен в Список основных лекарственных средств ВОЗ. С 2017 г. препарат продается по всему миру, доступен и в России под названием **Ворикоз**.

КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ: СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ВОРИКОЗ

Первый день — нагрузочная доза 400 мг 2 р/д. Далее поддерживающая доза — 200 мг 2 р/д. Продолжительность курса лечения — 14 дней. Общая доза на курс — 6000 мг (30 табл.).

Показания: тяжелые микозы, непереносимость или рефрактерность к другим лекарственным средствам. Применительно к КВВ препарат следует использовать в качестве второй линии терапии как альтернативное средство — при неэффективности или непереносимости препаратов первой линии, острым КВВ тяжелой степени (с наличием эритемы и отека вульвы, эскориаций, трещин задней спайки), острым повторном эпизоде КВВ, осложненном сочетанной инфекцией (в составе комплексной терапии), РКВВ, вызванном резистентными штаммами *C. albicans*, *C. non-albicans* или *Candida spp.* (в т. ч. *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei* и др.), устойчивыми к флуконазолу. Данные показания были определены на основании клинических исследований, показавших эффективность препарата Ворикоз в лечении КВВ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВОРИКОЗ В ЛЕЧЕНИИ КВВ

Эффективность представленной схемы лечения КВВ по указанным выше показаниям составляет от 80 до 93 %, что было показано в ряде исследований. Так, среди пациенток с рефрактерной вульвовагинальной дрожжевой инфекцией (ранее они применяли флуконазол и клотримазол, использовали по крайней мере 2 недели один или несколько противогрибковых препаратов второй линии без достижения

ВОРИКОЗ
Противогрибковые средства системного действия; производные триазола и тетразола

ВОРИКОЗ

Вориконазол (микроинкапсулированный) 200 мг

Противогрибковое средство с широким спектром действия

Ворикоз в микроинкапсулированной форме представляет собой высокоэффективное лекарственное средство, обладающее широким спектром действия против практически всех возбудителей кандидоза, включая резистентные штаммы *C. albicans* и *C. non-albicans*, а также *C. glabrata* и *C. krusei*. Препарат применяется для лечения и профилактики кандидозных инфекций.

Хайгланс Лаборатория

Регистрационный номер: ЛП-№(003955)-(PJ-RU) от 11.12.2023

Показания к применению

- инвазивный аспергиллез;
- кандидемия у пациентов без нейтропении;
- тяжелые инвазивные формы кандидозных инфекций (включая *Candida krusei*); кандидоз пищевода;
- тяжелые грибковые инфекции, вызванные *Scedosporium spp.* и *Fusarium spp.*; другие тяжелые инвазивные грибковые инфекции при непереносимости или рефрактерности к другим лекарственным средствам;
- профилактика «прорывных» грибковых инфекций у пациентов со сниженной функцией иммунной системы, лихорадкой и нейтропенией, из групп высокого риска (реципиенты трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, больные с рецидивом лейкоза);
- профилактика инвазивных грибковых инфекций у пациентов (взрослых и детей старше 12 лет) группы высокого риска, таких как реципиенты трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

ООО «Фарма Групп»

123007, Россия, г. Москва, шоссе Хорошёвское, д. 13А, корп. 3, пом. III, комн. 1, телефон/факс: (495) 940-33-13

Реклама

E-mail: rus@higlance.ru

Сайт: www.higlance.ru

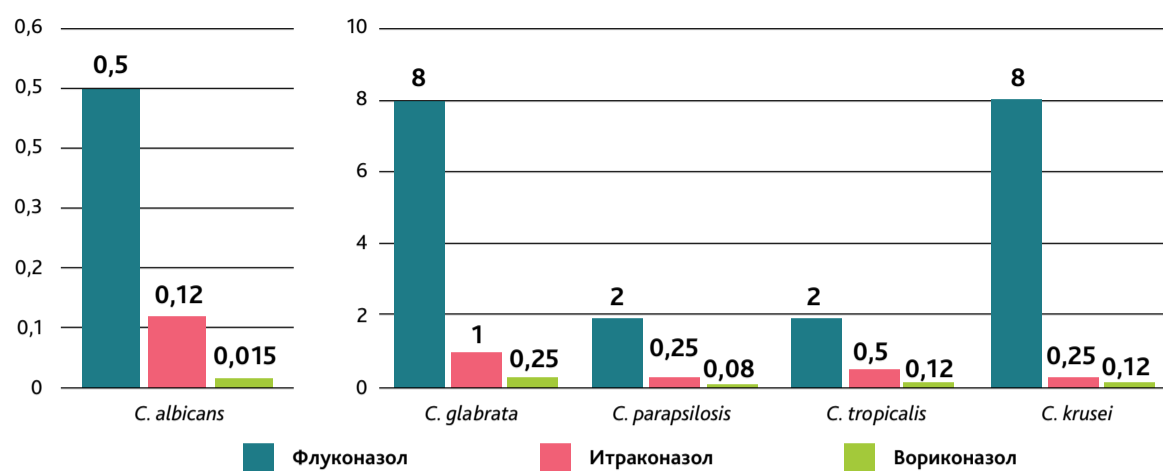
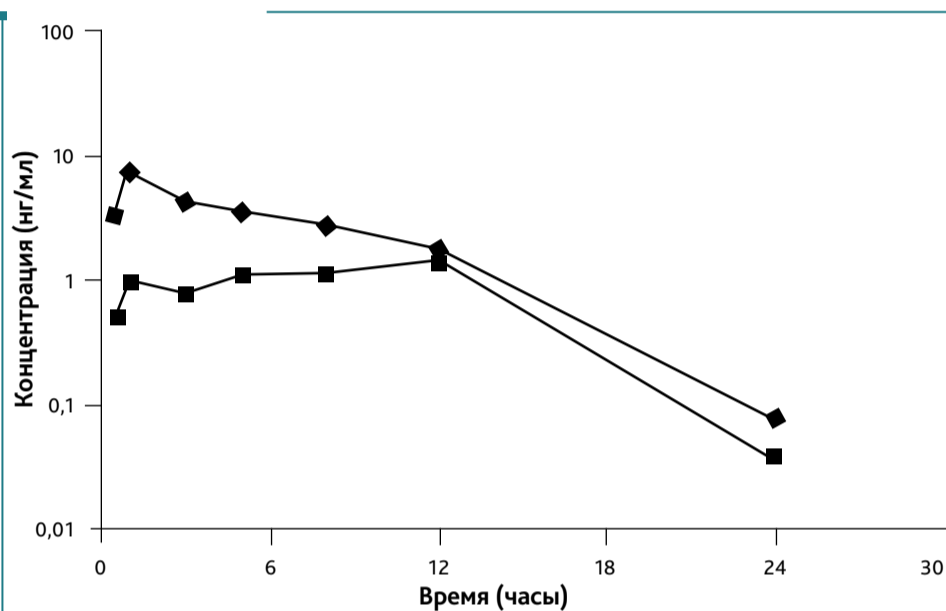
Рисунок 2. Чувствительность к противогрибковым препаратам изолятов *Candida*, МИК90 (цит. по: Pfaller M.A., 2002)

Рисунок 3. Фармакокинетический профиль вориконазола (цит. по: Remán J., 2006)

элиминации дрожжеподобных грибов) полное излечение было достигнуто у 80 % (Morris G.C., 2022). При КВВ, вызванном *C. glabrata*, устойчивым к флуконазолу, при использовании той же схемы в течение 14 дней симптомы исчезли, а посевы стали отрицательными (Erchiga V., 2013).

В когорте из 568 пациенток с КВВ, резистентных к флуконазолу (среди них у 47 % были выделены *C. albicans*, и все пациентки получали ранее флуконазол в качестве терапии первой линии) уровень успеха составил 93 % (Zeba D., 2019). Все исследователи были единодушны в своем мнении и утверждали, что ввиду широкого видового разнообразия *Candida* и возрастающей

резистентности вориконазол может быть препаратом второй линии лечения КВВ.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВОРИКОЗ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Исследования на животных показали репродуктивную токсичность вориконазола, поэтому препарат не следует применять во время беременности. Грудное вскармливание должно быть прекращено в начале терапии.

Необходимо всегда использовать эффективные методы контрацепции во время лечения. В исследовании на крысах не было выявлено нарушений фертильности у самцов и самок.

Во время лечения могут наблюдаться преходящие нарушения зрения (у 35 %), тошнота и рвота (у 20 %), которые являются кратковременными и купируются самостоятельно.

ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР: ЛЕЧИТЬ ИЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ?

В случае РКВВ у женщины ее партнера следует обследовать. Если у него имеют место симптомы или если дрожжи обнаружены на половых органах либо в сперме лабораторными методами, партнеру показано лечение у профильного специалиста.

Список литературы находится в редакции

Комментарий главного редактора Г.Б. Дикке

Важное значение альтернативный препарат приобретает для лечения РКВВ, частота которого неуклонно увеличивается, что в основном связано с резистентными штаммами *C. albicans* и *C. non-albicans*. Как определить, вызван ли КВВ у конкретной пациентки именно такими штаммами, если она обратилась с повторным эпизодом заболевания или страдает рецидивами (от 3 и более эпизодов в год)? Исследователи делают это с помощью современных методов — ДНК-гибридизации (чувствительность и специфичность для обнаружения *Candida* до 96,3 %) или секвенирования 16S рРНК (выявление уникального и высоко консервативного участка нуклеотидной

цепи бактерий, по которому их можно идентифицировать с большой точностью). Однако в рутинной практике эти методы пока недоступны, и при указанных выше состояниях можно с большой долей вероятности говорить именно о резистентных видах возбудителей исключительно на основании оценки клинического течения заболевания. Применение другого препарата той же азоловой группы вновь может оказаться неэффективным, учитывая высокую частоту перекрестной резистентности. Поэтому во всех таких случаях следует переходить к альтернативному средству лечения второго поколения.

НОВОСТИ

Минздрав России поставил точку в споре о применении клинических рекомендаций

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПИСЬМО
от 21.01.2025 № 17-1/3003770-2772

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации рассмотрел обращение и сообщает следующее.

Статус клинических рекомендаций был определен в 2018 году посредством принятия Федерального закона от 25.12.2018 N 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций» и остается неизменным по настоящее время.

«Клинические рекомендации не являются нормативными актами, а являются рекомендательными документами и отражают взгляды специалистов, основанные на тщательном анализе научных данных, доступных во время их подготовки, имеют практическую направленность и выступают ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях»

Заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения РФ В.А. Гульшина, из Письма Министерства здравоохранения РФ от 21.01.2025 № 17-1/3003770-2772

«Клинические рекомендации НЕ СОДЕРЖАТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ТРЕБОВАНИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ, а следование им не может служить предметом проверки, например, со стороны Росздравнадзора»

Первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Ж.Ю. Чефранова

Отвечая запросам времени: новое в диагностике вульвовагинальных инфекций

Г.Б. ДИККЕ

В отношении вульвовагинальных инфекций (ВВИ) наши зарубежные коллеги иногда употребляют выражения «загадочная инфекция», «неразгаданная экологическая тайна». Известный ученый Грегор Рейд (Канада) однажды озаглавил свою научную статью так: «Является ли бактериальный вагиноз заболеванием?» А Гилберт Дондерс (США) об аэробном вагините написал: «Больше не чужой?» По мнению Джека Собея (США), клинические навыки и диагностические возможности врачей по всему миру недостаточны. Он провозгласил «Призыв к действию!» А именно — разработать быстрый метод диагностики и улучшить терапевтические меры. На помощь пришли передовые молекулярные диагностические методы, которые теперь широко доступны. Один из них — ФЕМОФЛОР®II, новый тест полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ).

НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ — НОВЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Микробиом человека представляет собой сложную экосистему микроорганизмов, которые живут вместе в тонком равновесии между собой и хозяином.

Традиционно вагинальная микробиота анализировалась с помощью световой микроскопии с окрашиванием мазка по Граму или бактериологическими методами культивирования. Микроскопия мазка широко применялась и по сей день используется в качестве быстрого метода идентификации лактобактерий, других бактерий и грибов, однако не позволяет определить их видовой состав, тогда как разнообразные виды бактерий не являются возбудителями вагинитов. Многие из микроорганизмов, связанные с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), или бактериальным вагинозом (БВ), не поддаются культивированию («рост микрофлоры отсутствует»). *Gardnerella vaginalis* выделяются у 36–55 % женщин без клинических признаков БВ, а тестирование чувствительности к антимикробным средствам не является оправданным для выбора лечения. Поскольку прогностическая ценность положительной культуры *G. vaginalis* составляет менее 50 %, использование культурального метода не рекомендуется (Hillier S.L., 1993; Donders G.G., 2015; Abbe C., 2023). Метод полезен только для идентификации *C. non-albicans* при рецидивирующем течении кандидозного вульвовагинита (КВВ). Исследователями подчеркивается, что клиническая диагностика ВВИ должна основываться на методах, позволяющих определить пропорции бактериальных морфотипов в вагинальном образце (Money D., 2005).

В настоящее время в научных исследованиях для идентификации микроорганизмов используют микробиологический анализ на основе секвенирования гена *16S rRNA* — с помощью этого исследования ученым удалось идентифицировать многие ранее неизвестные микроорганизмы и определить их видовую принадлежность.

ПЦР-РВ включает уникальные наборы праймеров и зондов, которые связывают участки гена *16S rRNA*, что обеспечивает быструю и простую

альтернативу методам оценки количества копий генов или уровней экспрессии. Комбинированное обнаружение нескольких видов бактерий улучшает и повышает эффективность теста (табл.).

Таблица. Диагностические характеристики ПЦР-РВ в сравнении с микроскопией окрашенного мазка для диагностики бактериального вагиноза, аэробного вагинита, кандидозного вульвовагинита и сочетанных инфекций

Характеристики	ПЦР-РВ	Микроскопия
Чувствительность	85,8–96,7 %	17,8–57,5 %
Специфичность	93,6–95 %	89,4–97,6 %
<i>Примечание:</i> диапазон представлен по данным разных авторов		

Метод ПЦР-РВ 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.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ТЕСТА ПЦР-РВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические рекомендации РОАГ, 2024) в разделе «Диагностика»: рекомендовано пациенткам с подозрением на цервицит/вагинит проведение молекулярно-биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов для диагностики АВ, КВВ и исключения БВ, при наличии возможности.

Стандарт диагностики бактериального вагиноза в РФ (согласно приказу МЗ РФ от 26 июля 2023 г. № 385н): анализ на ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium (Fannyhessea) vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общее число бактерий методом ПЦР, количественное определение (всем пациенткам).

Выявление этиологического фактора ВВИ — идентификация микроорганизмов — является основой выбора антибактериального лекарственного средства для лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА ФЕМОФЛОР®II

Тест ФЕМОФЛОР®II предназначен для количественного определения ДНК микроорганизмов в биологическом

материале из репродуктивного тракта женщин (мазок/соскоб эпителия со слизистой оболочки цервикального канала, влагалища) методом ПЦР-РВ:

- **нормобиоты:** *Lactobacillus spp.*, *L. iners*, *L. crispatus*, *L. jensenii*/ *L. multi-*

eris, *L. gasseri*/ *L. paragassery*, *Bifidobacterium spp.*;

- **условно-патогенных микроорганизмов, возбудителей бактериального вагиноза:** *Gardnerella vaginalis*, *Fannyhessea vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Anaerococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Bacteroides spp./Porphyromonas spp./Prevotella spp.*, *Sneathia spp./Leptotrichia spp./Fusobacterium spp.*, *Megasphaera spp./Veilonella spp./Dialister spp.*, *BVAB1/BVAB2/BVAB3*;
- **условно-патогенных микроорганизмов, возбудителей аэробного вагинита:** *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Streptococcus agalactiae*, *Enterobacteriaceae*, *Enterococcus spp.*, *Haemophilus spp.*;
- **условно-патогенных микоплазм:** *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*;
- **дрожжеподобных грибов:** *Candida spp.*, *Candida albicans*;
- **патогенных микроорганизмов:** *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *HSV-1*, *HSV-2*, *CMV*, *HPV 16*, *HPV 18*, *HPV 45*, *HPV 31/33/35/39/51/52/56/58/59/66/68*.

КАКУЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ДАЕТ АНАЛИЗ С ПОМОЩЬЮ ФЕМОФЛОР®II

Результат теста дает полное представление о видовом составе защитной микрофлоры, представленной лактобактериями, а также бифидобактериями. Поддерживая кислый pH ниже 4,5, *Lactobacillus spp.* ограничивают колонизацию другими таксонами, включая патогены. Профиль с низким общим микробным разнообразием, в котором доминируют *L. crispatus*, в настоящее

время рассматривается как пример здоровой вагинальной микробиоты. Напротив, защитная роль *L. iners* в микробиоте влагалища поставлена под сомнение, поскольку она обнаружена при БВ и КВВ. Высокое разнообразие бактериального профиля и преобладание *L. iners* свидетельствуют о дисбиозе, а также являются индикатором риска преждевременных родов (Baud A., 2023). Некоторые авторы относят *L. iners* к оппортунистическим патогенам при определенных условиях (Zheng N., 2021). Преобладание *L. iners* и низкие значения *L. crispatus* после лечения ВВИ свидетельствуют о неполном восстановлении зубиоза и высоком риске рецидива заболевания, частота которого достигает 50–80 % в течение 12 месяцев (Sobel J.D., 2019; Abbe C., 2023).

Хотя ранние исследования определили *G. vaginalis* как основную причину БВ, в настоящее время признано, что бактериальное сообщество при БВ характеризуется широким спектром бактерий и сопровождается увеличением числа анаэробов, *Bacteroides*, *Prevotella* и даже ряда потенциальных патогенов, включая *Ureaplasma* и грамположительные *Mobiluncus* и *Megasphaera* (Loquet A., 2021). Пример заключения теста Фемофлор®II — на рисунке.

G. vaginalis положительно коррелирует с *F. vaginae* при БВ (Ferreira C.S.T., 2017). Обнаружена значительная связь *F. vaginae*, БВ-ассоциированных бактерий BVAB 1 и BVAB 3 с вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР). Эти микроорганизмы были значительно связаны с персистенцией ВПЧ, а BVAB 1 и BVAB 3 были определены как биомаркеры папилломавирусной инфекции и прогрессирования CIN (Naidoo K., 2022).

Известно, что существует 12 типов ВПЧ ВКР, которые могут вызывать рак шейки матки (РШМ). Два из них, ВПЧ 16 и 18, ответственны за большинство видов рака, связанных с ВПЧ. На этом основании предложен алгоритм скрининга путем тестирования на ВПЧ в качестве самостоятельного теста (чувствительность — 95 %) (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2008) и последующего дифференцированного ведения пациенток для

профилактики CIN и РШМ на основании идентификации ВПЧ 16-го и 18-го типов, которые играют ключевую роль в прогнозе течения заболевания у женщин с CIN2+. Наличие коинфекции ВПЧ ВКР с БВ повышает риск CIN2+ в 1,5 раза, с аэробным вагинитом — в 3 раза, а с вирусом простого герпеса (ВПГ) 2-го типа — в 10 раз (Mitra A., 2016; de Abreu A.L., 2016). Также показано, что персистенция ВПЧ ВКР сопряжена со снижением уровня лактобактерий в вагинальном содержимом (Бибнева Т.Н., 2024).

Среди пациенток даже с одной ИППП показатели инфицирования ВПГ-2 и *Ureaplasma parvum* в группе ВПЧ-положительных были соответственно в 2 и 11 раз выше, чем в группе ВПЧ-отрицательных. Благодаря типированию

Mycoplasma в этом же исследовании была обнаружена корреляция между различными подтипами этого микроорганизма и инфекцией ВПЧ. Данные результаты свидетельствуют о том, что следует уделять больше внимания выявлению микроэкологических нарушений влагалища у тех, кто является ВПЧ-положительным. Это, в свою очередь, может представлять новый подход к профилактике РШМ (Disi A., 2023).

При выделении одного ведущего микробного фактора сочетание его с другими инфектами имеет следующую частоту (приводится верхний предел диапазона по сведениям разных авторов): трихомонады — 92 %, микоплазмы — 90 %, хламидии — 85 %, грибы — 82 %, бледная

трепонема — 72 %, ВПГ-2 и ВПЧ — 71 %, ВИЧ — 64 %, аэробы — 61 %, анаэробы — 57 %, гонорея — 40 %. Эпидемиологические исследования показали, что БВ связан со значительным повышением риска ИППП — для *N. gonorrhoeae* относительный риск 4,1 (95 % доверительный интервал 1,7–9,7); *Cl. trachomatis* — 3,4 (1,5–7,8); ВПГ-2–2,1 (1,0–4,5), ВИЧ — 2,0 (1,2–3,5) (Bautista C.T., 2016). При наличии БВ риск ВЗОМТ увеличивается в 2 раза, а у женщин с БВ и новым сексуальным партнером — в 9 раз (Ness R.V., 2005).

Выявление *C. non-albicans* в структуре *Candida spp.* имеет принципиальное значение для выбора лечения при рецидивирующем КВВ, поскольку этот вид грибов обладает природной

резистентностью к препаратам азолового ряда (Bhattacharya S., 2020).

Таким образом, определение всех возможных инфектов в одном тесте приобретает критическое значение. Использование теста ФЕМОФЛОР®II в рутинной клинической практике позволит правильно поставить диагноз и выбрать лечение, способствуя повышению его эффективности.

ПЕРСПЕКТИВЫ

В настоящее время сотрудниками компании разработаны еще два теста обновленной линейки ФЕМОФЛОР®II: ФЕМОФЛОР® ДельтаСкрин и ФЕМОФЛОР® АльфаСкрин. О них мы расскажем в наших следующих публикациях. 📄

Список литературы находится в редакции

РИСУНОК — ОБРАЗЕЦ БЛАНКА С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЕСТА ФЕМОФЛОР®II

Результат теста ФЕМОФЛОР®II представляется на двух бланках. Первый содержит информацию о наличии возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, патобионтов группы микоплазм и видах *Candida*, которые представлены общим их количеством и долей *Candida albicans*, а также указывается общее заключение о составе микробиоты — доли нормобиоты и анаэробных микроорганизмов.

В представленном образце обнаружены цитомегаловирус (CMV), сниженное количество лактобактерий (50 %) и увеличение доли анаэробных бактерий.

На втором бланке представлены результаты, показывающие видовой состав микробиоты — структуру видов лактобактерий, условно-патогенных микроорганизмов, возбудителей аэробного вагинита

и облигатных анаэробных бактерий, возбудителей бактериального вагиноза. В представленном образце при сниженном количестве лактобактерий в их структуре преобладают *L. crispatus*, обнаружены в большом количестве практически все возбудители аэробного вагинита, а среди анаэробной группы — *Bacteroides spp.* / *Porphyromonas spp.* / *Prevotella spp.* (25,1 %). В настоящее время известно, что *Prevotella spp.* является микроорганизмом, который способен инициировать переход гарднерелл в вирулентную форму, что представляет высокий риск развития бактериального вагиноза.



ФИО: ...
Возраст: ...
Локус взятия биоматериала: V
Дата взятия биоматериала: ...
Идентификатор контейнера: Образец_10
Врач: ...

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ



Важно: Автоматизированная интерпретация результата возможна только при указании локуса взятия биоматериала (V,C). Интерпретация результата проводится лечащим врачом.

ПАТОГЕНЫ	РЕЗУЛЬТАТ, Lg ГЭ/мл*	РЕФЕРЕНС
ОБЛИГАТНЫЕ ПАТОГЕНЫ		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	не обнаружено	не обнаружено
<i>Trichomonas vaginalis</i>	не обнаружено	не обнаружено
<i>Chlamydia trachomatis</i>	не обнаружено	не обнаружено
<i>Mycoplasma genitalium</i>	не обнаружено	не обнаружено
ГЕРПЕСВИРУСЫ		
HSV-1	не обнаружено	не обнаружено
HSV-2	не обнаружено	не обнаружено
CMV	ОБНАРУЖЕНО	не обнаружено
ВИРУСЫ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)		
HPV 16	не обнаружено	не обнаружено
HPV 18	не обнаружено	не обнаружено
HPV 45	не обнаружено	не обнаружено
HPV 31/33/35/39/51/52/56/58/59/66/68	не обнаружено	не обнаружено
ПАТОБИОНТЫ		
МИКОПЛАЗМЫ		
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	не обнаружено	<4
<i>Ureaplasma parvum</i>	не обнаружено	<4
<i>Mycoplasma hominis</i>	не обнаружено	<4
ДРОЖЖЕВЫЕ ГРИБЫ		
<i>Candida spp.</i>	<3.0	<4
<i>Candida albicans</i>	не обнаружено	<4
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ		
НОРМОБИОТА	50	>80
ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ АНАЭРОБЫ, возбудители аэробного вагинита (АВ)	20	–
ОБЛИГАТНЫЕ АНАЭРОБЫ, возбудители бактериального вагиноза (БВ)	40	–

X Lg ГЭ/мл – 10^x геном эквивалентом на 1 мл образца; % – доля бактерий относительно ОКБ/СВМО

Заключение:

ОБНАРУЖЕНО: CMV.
Нормальная микробиота умеренно снижена (50%) с соответствующим увеличением количества факультативно- и облигатно-анаэробных микроорганизмов.

ФИО: ...
Идентификатор контейнера: Образец_10
Дата взятия биоматериала: ...

КОНТРОЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОМАТЕРИАЛА	РЕЗУЛЬТАТ, Lg ГЭ/мл*	РЕФЕРЕНС
Геномная ДНК человека (ГДЧ)	5.4	>3.5
Общее количество бактерий (ОКБ)	6.9	>3.5

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ

НОРМОБИОТА	РЕЗУЛЬТАТ, Lg ГЭ/мл	РЕЗУЛЬТАТ, %	РЕФЕРЕНС
<i>Lactobacillus spp.</i>	6.8	50.1	
<i>Lactobacillus iners</i>	5.1	1.0	
<i>Lactobacillus crispatus</i>	7.1	100.0	
<i>Lactobacillus jensenii</i> / <i>Lactobacillus mulieris</i>	5.4	2.0	
<i>Lactobacillus gasseri</i> / <i>Lactobacillus paragasseri</i>	3.9	0.1	
<i>Bifidobacterium spp.</i>	4.6	0.3	
СУММА: НОРМОБИОТА		50	>80
ПАТОБИОНТЫ			
ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ АНАЭРОБЫ, возбудитель АВ			
<i>Staphylococcus spp.</i>	5.5	2.5	
<i>Streptococcus spp.</i>	5.6	3.2	
<i>Streptococcus agalactiae</i>	не обнаружено	–	
<i>Enterobacteriaceae</i>	6.1	10.0	
<i>Enterococcus spp.</i>	5.4	2.0	
<i>Haemophilus spp.</i>	4.5	0.3	
СУММА: ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ АНАЭРОБЫ		20	
ОБЛИГАТНЫЕ АНАЭРОБЫ, возбудитель БВ			
<i>Gardnerella vaginalis</i>	не обнаружено	–	
<i>Fannyhessea vaginae</i>	не обнаружено	–	
<i>Mobiluncus spp.</i>	не обнаружено	–	
<i>Anaerococcus spp.</i>	4.2	0.1	
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	3.7	0.0	
<i>Bacteroides spp.</i> / <i>Porphyromonas spp.</i> / <i>Prevotella spp.</i>	6.5	25.1	
<i>Sneathia spp.</i> / <i>Leptotrichia spp.</i> / <i>Fusobacterium spp.</i>	4.1	0.1	
<i>Megasphaera spp.</i> / <i>Veilonella spp.</i> / <i>Dialister spp.</i>	6.0	7.9	
BVAB1 / BVAB2 / BVAB3	5.6	3.2	
СУММА: ОБЛИГАТНЫЕ АНАЭРОБЫ		40	

Дата выполнения исследования

Исследование выполнил(а)

ФИО

Подпись



расширенное заключение

* – при значении результатов ниже порога измерения выдается качественный результат «ОБНАРУЖЕНО»

* – при значении результатов ниже порога измерения выдается качественный результат «ОБНАРУЖЕНО»

Искусство выстраивания коммуникаций

Наука общения с пациентом и его родственниками — составляющая медицинской деонтологии, приобретающая все большее значение. Деталю и тонкостям этого непростого умения посвящен материал, основанный на авторской методике руководителя направления «Медицина» компании «Нетология», к.м.н., международного эксперта по управлению карьерой и развитию талантов в медицине, тренера-консультанта по личному бренду, стратегии и коммуникации Евгения Владимировича МАШКОВСКОГО.



Евгений Владимирович
МАШКОВСКИЙ

Одна из главных задач любого специалиста — максимально долго сохранять собственную эффективность, чтобы в полной мере реализовать свое предназначение. Среди прочего этому служит хорошее владение вербальными техниками, исключительно важное для представителей медицинских профессий. Поэтому необходимо обучать врачей таким навыкам, которые ежедневно нужны в работе, принимая во внимание текущие изменения.

ВАЖНЕЙШИЙ НАВЫК

Одно из первоочередных умений — коммуникация. Работа врача всегда начинается с главного инструмента — слова: он здоровается с пациентом, задает вопросы, собирает анамнез. Если пациент, например, находится в бессознательном состоянии, врач осуществляет коммуникацию с родственниками, коллегами, получая необходимую информацию.

Системному межличностному взаимодействию на основе этических принципов учит медицинская психология. «Но это все-таки общие положения, а не профессиональное использование слова как инструмента для достижения тех целей, которые перед вами стоят; это средства упрощения, оптимизации работы», — считает Евгений Машковский. Между тем, когда речь идет о деятельности врача, актуален именно навык диалога, выстраивания в первую очередь коммуникации с пациентами, занимающей до 30 % времени и объема общения. Для лучшего его построения специалист предлагает коммуникационные техники. При этом следует учитывать, что лежащие в их основе принципы подразумевают гибкость использования: в одних случаях они будут работать лучше, а в других будут не полностью применимы.

«Может показаться, что это очевидные, простые вещи. Но нужно задать себе вопрос: а насколько я их использую? Очень часто коммуникативные проблемы возникают потому, что нам все кажется понятным. Мы знаем, что надо

поздороваться с пациентом, представиться, но почему-то этого не делаем — и теряем некие баллы, очки; теряем действенность коммуникации, которая в итоге “разваливается”. Чем больше специальных приемов вы знаете и встраиваете в свою практику, тем эффективнее взаимодействие, — говорит Евгений Владимирович. — Коммуникация, несмотря на то что она неосознаема, — это наука со своими инструментами, облегчающими решение задач и движение к поставленным целям».

ОБЩАЕМСЯ С ПАЦИЕНТОМ

- Помните, что общение с пациентами — столь же важная часть работы, как и лечение. Овладение принципами общения так же необходимо, как изучение клинических рекомендаций.
- Используйте больше стандартных схем разговора; они должны стать вашим инструментом. Знание коммуникативных приемов поможет экономить время и проще выстраивать коммуникацию.
- Сохраняйте границы общения, защищайте их и не переходите сами. Многие врачи, стараясь помочь, плохо умеют выстраивать личные границы. Они нужны, чтобы, с одной стороны, сохранить заинтересованность и профессионализм, а с другой — не брать на себя слишком многого. Работа с личными границами является важной частью взаимодействия с пациентами.
- Управляйте эмоциями. Раздражение и усталость от общения являются некими «красными флажками». Если коммуникация начинает «разваливаться» — это симптом, указывающий на то, что нужно сделать небольшой перерыв, как бы сложно это ни казалось в плотном графике и расписании. Поэтому иногда лучше сделать паузу на 5–10 минут или даже на полчаса, отдохнуть, чтобы восстановиться. Это увеличит степень отдачи в работе с другими пациентами.
- Замечайте конфликты раньше, чем они станут явными, умейте распознавать их и вовремя сделать шаг назад.

НА ПРИЕМЕ — «ТОКСИЧНЫЙ» ПАЦИЕНТ

Ситуация общения со сложным, «токсичным» пациентом принципиально отличается от разговора с больным, который настроен на лечение и с интересом слушает врача. Трудные пациенты чаще всего хотят именно внимания.

- Демонстрируйте заботу. Здесь особенно важно владеть коммуникативными инструментами: применяя их, мы действуем по определенной схеме, фактически на уровне рефлексов, и не расходим сильно

коммуникативный ресурс, не уходим в избыточный анализ, не придумываем каждый раз какое-то новое решение. Владение шаблонным инструментарием позволяет уйти от «погружения» в ситуацию и приводит к тому, что проблема решается сама собой. Несколько слов иногда могут разрешить конфликт за 20 секунд.

- Применяйте такие техники, как активное слушание, отражение эмоций и др. Они помогают выходить из ситуаций с меньшими потерями.
- Заботьтесь о себе. Такие разговоры отнимают много сил, и врач, даже несмотря на профессиональную подготовку, наличие инструментов, все равно устает. Если у вас много пациентов, которые вас раздражают и с которыми сложно общаться, то, скорее всего, следует отвлечься и восстановиться. После этого нужно заняться пополнением арсенала коммуникативных приемов.
- Ищите поддержку, если не справляетесь самостоятельно. Можно найти ее среди коллег. В то же время выстраивать атмосферу заботы в коллективе, оказывать поддержку врачам, которые общаются с трудными пациентами, — задача также и руководителя. Есть ситуации, когда дело не просто в усталости врача, а в необходимости сознательно обсудить, проговорить возникшие проблемы. Когда вам действительно плохо и тяжело, обсудите конкретные ситуации. Можно найти поддержку в группах и на внешних ресурсах, в образовательных программах. Активный поиск решений быстрее приведет к результату, чем просто отдых и восстановление. В подобных случаях всегда занимайте проактивную позицию.

- Обозначьте временные рамки и вопросы, которым вы можете уделить внимание. Например: «У нас сегодня очень много работы, но я постараюсь за 2 минуты максимально полно ответить на ваши вопросы. Состояние вашего родственника отслеживается. Он находится под постоянным контролем врачей, проводится обследование, оказывается необходимая помощь. С ним работают квалифицированные специалисты нашей клиники. Вы можете сейчас задать мне один-два вопроса. Можно позвонить мне завтра в это же время».
- Говорите больше о ваших действиях, а не о состоянии пациента. Здесь необходим нейтрально-абстрактный шаблон.
- Управляйте возможностью следующей встречи с родственниками. Назначьте следующий разговор, когда будет удобно вам.

Приведенные положения могут и не сработать. Бывают родственники, которые, даже если вы им все расскажете и покажете, все равно будут писать в различные инстанции и закидывать вас жалобами: им кажется, что пациенту уделяется мало внимания. Тем не менее в 70–80 % случаев техники общения помогут сделать коммуникацию управляемой.

ГОВОРИМ С ПАЦИЕНТОМ О БУДУЩЕМ

Используя допустимые, разрешенные методы, можно взаимодействовать с пациентом так, чтобы это было ему во благо и в то же время приносило пользу клинике и врачу. Эксперт указывает на парадокс: «Когда врачи слышат о необходимости продаж, то часто приходят в возбуждение и говорят, что не хотят этого. То есть все желают зарабатывать больше, но ничего никому

Помните, что общение с пациентами — столь же важная часть работы врача, как и лечение. Овладение принципами общения так же необходимо, как изучение клинических рекомендаций

РАЗГОВОР С РОДСТВЕННИКАМИ

Общение с родственниками больных — не менее важная составляющая. Родственники бывают разные, но с ними обязательно нужно взаимодействовать.

- Управляйте процессом. Отказываясь разговаривать, не давая комментариев или отвечая грубо, вы вызываете ответную реакцию в виде «негативной волны». Гораздо лучше и легче дать немного информации, хотя бы частично удовлетворить интерес спрашивающего. Люди, не получившие ответы на свои вопросы, будут искать их другими способами.

не продавать, не предлагать». Однако речь идет не о продажах как таковых или продвижении чего-либо, не о назначении и навязывании ненужных исследований: имеются в виду те возможности, которые есть у человека, и это простые приемы.

- Обозначьте дату следующего визита: это на 40–60 % повышает вероятность возвращения пациента. Прежде чем отпустить человека, надо предложить ему записаться на прием в конкретный день. Возвращение — это дополнительные деньги, которые пациент приносит вам и клинике.

- Представьте план по решению проблем, которому пациент будет следовать. Это не план лечения, который больше нужен врачу. Человека больше интересует не перечень манипуляций, а то, когда конкретно у него перестанет болеть голова или спина и как те или иные действия будут на это влиять. Обозначьте цели, которых необходимо достичь (например, увеличить диапазон движений или мышечную силу), затем под эти цели формулируются действия, которые пациент должен выполнять. Такой план дает понимание, зачем это нужно делать, позволяет увеличить приверженность пациентов лечению и их возвращаемость.
- Предложите авторские материалы — ваш личный гайд, инструкцию или видеолекцию, чтобы пациент мог самостоятельно их посмотреть, лучше узнать вас как специалиста.
- Посоветуйте программу лояльности: скидки, бонусы за регулярное посещение, рекомендации друзьям — или любые иные привилегии.
- Попросите оставить отзыв, потому что отзывы пациентов на авторитетных ресурсах многое значат для репутации

врача. Люди психологически склонны писать скорее о негативном опыте, если же опыт позитивный, человек чаще всего не торопится о нем сообщать. Но последнего в практике врачей, как правило, гораздо больше, и найдется множество пациентов, готовых таким образом выразить благодарность лечащему врачу. Важно напомнить об этом, желательно в удобное время и в деликатной форме.

- Дайте визитку с QR-кодом. Такая практика распространяется все шире. Это позволяет человеку проще и быстрее выполнить нужные действия, например оставить отзыв или оценить ваш рейтинг.

РАЗГОВОР С РУКОВОДИТЕЛЕМ

Когда в беседе с администрацией приходится поднимать тему заработка, повышения зарплаты, делайте это правильно.

- Покажите свою ценность для клиники. Нужно не просто попросить о чем-то, а представить конкретные результаты работы: какую пользу вы приносите клинике, какие действия для этого предприняли, каких

результатов достигли. Если вы работаете в коммерческом учреждении, покажите, что у вас больше всего пациентов по записи, самая высокая позиция на рейтинговых ресурсах или самый высокий средний чек. В государственной клинике можно указать на удовлетворенность пациентов, наличие рекомендаций или привести иные показатели вашей качественной работы.

- Говорите прямо и по существу, будьте ясны и конкретны в предложениях — например, назовите прибавку, которую хотели бы получить.
- Понимайте возможности своей клиники — оцените собственное положение и текущую ситуацию в коллективе.
- Если вас что-либо не устраивает в работе учреждения, предложите решения, а не просто излагайте запросы и просьбы.
- Слушайте слова руководителей и адаптируйтесь. Будьте готовы к компромиссу.

«Такие разговоры совершенно нормальны. Не забывайте заботиться о себе, о развитии своей карьеры, росте

зарплаты. Этот процесс в ваших руках; он управляем, для него есть инструменты, подсказывающие, как это лучше сделать», — говорит Евгений Машковский.

СЛОВО — ГЛАВНОЕ ОРУЖИЕ ВРАЧА

Каждый из названных принципов включает множество прикладных техник, которые можно изучить самостоятельно или на курсах и применять в работе с пациентами. Эксперт напоминает: «Помните, что слово — это реальная сила, главное оружие врача. Где бы вы ни находились: в операционной, смотровом кабинете, просто на улице или на отдыхе с людьми, которые могут стать вашими пациентами, — слово всегда с вами, а использование различных инструментов облегчает жизнь и помогает достичь поставленных целей».

Конечно, нет стопроцентной гарантии, что каждая отдельно взятая модель общения окажется действенной в определенный момент. Однако чем больше таких инструментов в распоряжении врача, чем грамотнее он их применяет, тем больше шансов на успех. 🌸

Римма Шевченко

НОВОСТИ

Экстракт имбиря вошел в список обновленных клинических рекомендаций РОАГ «Чрезмерная рвота беременных»

В рамках обновлений клинических рекомендаций РОАГ «Чрезмерная рвота беременных» женщинам рекомендовано включить в рацион гингеролы имбиря для контроля проявлений раннего токсикоза. Эти растительные компоненты, а также витамин В₆ и магний входят в состав комплекса Прегинор® компании Dr. Reddy's — зарегистрированного на территории России БАД с точно дозированным экстрактом имбиря.

Ранний токсикоз — одна из распространенных и актуальных проблем современной гинекологии. С его неприятными симптомами, тошнотой и рвотой, сталкиваются 50–80 % женщин, чаще натощак и по утрам, до 2–3 раз в сутки. Как правило, токсикоз начинается беспокоить на 5–6-й неделе беременности и заканчивается на 20-й неделе. Однако у 20 % женщин симптомы могут сохраняться во II и III триместрах.

Причины развития токсикоза до конца не определены. Однако считается, что его появление связано с изменениями гормонального фона во время беременности, повышением в плазме крови уровня гормонов, в том числе эстрогенов. Под воздействием последних происходит стимуляция рецепторов серотонина, что и приводит к токсикозу.

Симптомы токсикоза могут значительно ухудшать качество жизни женщины — вплоть до принятия решения о будущей беременности. Так, 94 % женщин, участвовавших в опросе о токсикозе в рамках исследования,



отметили ухудшение работоспособности, а 90 % были вынуждены взять отпуск по болезни.

Сегодня демографическая ситуация является одним из самых важных приоритетов в государственной политике. В этом году одним из мероприятий, направленных на повышение рождаемости, стал пересмотр клинических рекомендаций РОАГ «Чрезмерная рвота беременных». В обновленной версии в разделе «Немедикаментозная терапия» (п. 3.1) рекомендовано включить в рацион питания женщин имбирь для снижения симптомов тошноты и рвоты (уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1). Обоснованием послужили

многочисленные систематические обзоры, в которых отмечаются эффективность и безопасность перорального применения имбиря при токсикозе.

Одними из основных веществ экстракта имбиря являются гингеролы. Они действуют на два пути развития тошноты и рвоты — центральный и периферический, а также оказывают антагонистическое действие на серотониновые рецепторы, помогая контролировать токсикоз.

Содержание гингеролов в свежем имбире, как и в других источниках белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов, может значительно варьироваться. При этом хранение

и сушка способствуют разрушению этих веществ — это приводит к тому, что в свежем или сушеном имбире может быть минимальное количество активных компонентов (или не быть вообще).

Одним из удобных вариантов контроля токсикоза на ранних сроках беременности является прием комплекса Прегинор®. Экстракт имбиря в составе биодобавки стандартизирован по количеству гингеролов и производится во Франции в соответствии с требованиями по безопасности продукции. Кроме того, в комплекс входят витамин В₆ и магний, которые оказывают антиоксидантное действие, участвуют во многих метаболических процессах и помогают контролировать токсикоз на ранних сроках беременности.

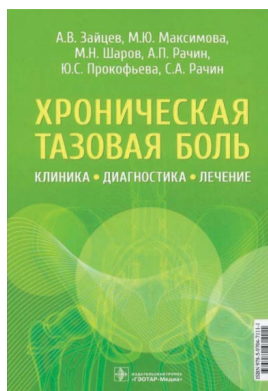
В 2024 году Прегинор® был удостоен премии «Выбор мам — 2024» — комплекс стал одним из лидеров в номинации «Лучший продукт для будущих мам» на основании онлайн-голосования 5,5–6 млн интернет-пользователей. 🌸

Хроническая тазовая боль. Клиника, диагностика, лечение

А.В. Зайцев, М.Ю. Максимова, М.Н. Шаров, А.П. Рачин,
Ю.С. Прокофьева, С.А. Рачин
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. 128 с.

В книге описаны основные виды хронической тазовой боли и их причины, приведены классификация, клиническая картина, диагностика и лечение.

Издание предназначено урологам, неврологам, гинекологам, проктологам, хирургам, клиническим ординаторам, слушателям факультетов дополнительного профессионального образования, студентам медицинских вузов.



Экстрагенитальная патология и беременность. Диагностика и лечение. Руководство для врачей

М.И. Шперлинг, Н.В. Шперлинг
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. 208 с.

В руководстве освещены особенности лечебной тактики при наличии у женщин экстрагенитальной патологии. Приведены данные о взаимном влиянии беременности и соматических заболеваний, ассоциированных или не ассоциированных с ней, а также разобраны различные аспекты организации медицинской помощи и маршрутизации беременных с экстрагенитальной патологией. Издание предназначено врачам, практикующим в области ведения беременности.



Ультразвуковая диагностика врожденных пороков развития плода

А.В. Поморцев, А.Н. Сенча, Ю.Ю. Дьяченко
М.: МЕДпресс-информ, 2025. 120 с.

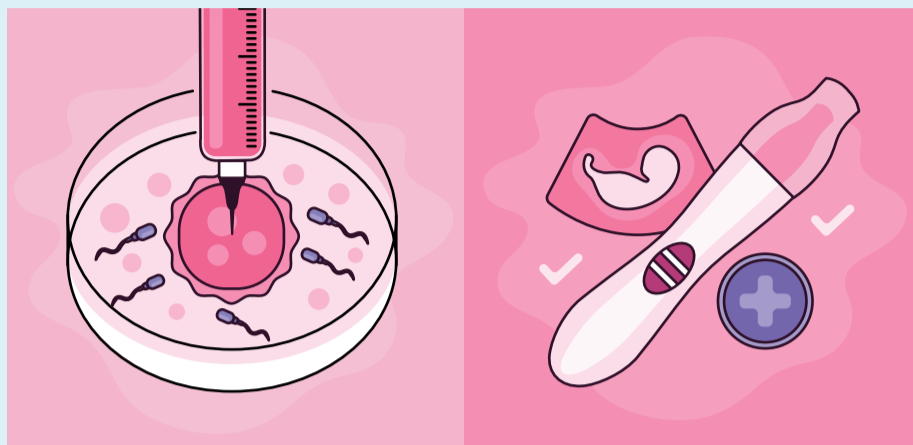
Данное учебное пособие посвящено вопросам стандартизации акушерского исследования на различных сроках гестации. Представлены варианты нормы и патологии различных систем плода, предложена современная классификация пороков развития плода, алгоритм дифференциальной диагностики.

Учебное пособие предназначено для практикующих специалистов ультразвуковой диагностики в области акушерства, пренатальной диагностики и акушеров-гинекологов.



Перенос свежих эмбрионов чаще приводит к живорождению

Ученые из Шанхайского и Шаньдунского университетов Китая сравнили эффективность переноса свежих и замороженных эмбрионов при неблагоприятном прогнозе в отношении успеха экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Полученные результаты опубликованы в *British Medical Journal*.



Рандомизированное контролируемое исследование проводилось на базе девяти академических центров по изучению фертильности. Проанализированы данные 838 женщин, имевших низкие шансы на успех ЭКО исходя из количества извлеченных яйцеклеток, антральных фолликулов или уровня антимюллера гормона в сыворотке. Участницы были рандомизированы (в соотношении 1:1) на две группы: в первой выполняли перенос свежих эмбрионов, во второй — все эмбрионы подвергали криоконсервации для последующей подсадки. Оценивались частота живорождений, наступления клинической беременности и осложнений неонатального периода.

Жизнеспособные дети (срок гестации ≥ 28 нед) после переноса свежих эмбрионов родились у 40 % женщин, в группе криоконсервации —

у 32 %. Доля случаев клинической беременности и кумулятивный показатель живорождений также были выше в первой группе — 47 % против 39 % и 51 % против 44 % соответственно. При этом не выявлено межгрупповых различий по таким показателям (определяемым в течение 1 года после рандомизации), как масса тела новорожденных, частота акушерских осложнений и риск неонатальной заболеваемости.

Согласно заключению авторов работы, перенос свежих эмбрионов может быть лучшим выбором для женщин с неудовлетворительным прогнозом положительного исхода ЭКО по сравнению со стратегией замораживания эмбрионов. В то же время подчеркивается важность продолжения исследований с целью определения и апробации оптимальных подходов к ведению этой группы пациенток.

ОТДОХНИ



Выбор главного редактора проф. Галины Борисовны Дикке

Анора

США, 2024

Жанр: драма, мелодрама

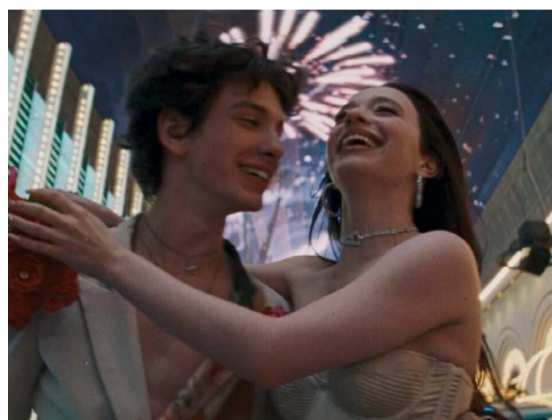
Режиссер: Шон Бейкер

В фильме снимались:

Майки Мэдисон, Марк Эйдельштейн,
Юрий Борисов, Карен Карагулян,
Алексей Серебряков

Фильм рассказывает современную историю Золушки, где Энни (Анора), молодая танцовщица из ночного клуба в Бруклине, встречает Ваню, избалованного сына русского олигарха, который предлагает ей новую гламурную жизнь, полную возможностей, и огромное богатство. Безумное путешествие Энни и волшебная сказка оказываются под угрозой, когда новость об их молниеносной свадьбе достигает России... Национальный совет кинокритиков США и Американский институт киноискусства включили «Анору» в список десяти лучших фильмов 2024 года.

Награды: «Золотая пальмовая ветвь» (Канны), «Выбор критиков» (США) – лучший фильм, «Оскар» – пять премий (в т. ч. за «Лучший фильм»), «Золотой глобус» – две премии, Британская академия кинематографического и телевизионного искусства – две премии.



Выбор проф. Анны Александровны Олиной

Светлана
Алексиевич

«У войны не женское лицо»

Книга освещает многочисленные женские судьбы. В большинстве книг о войне женщина на вторых ролях (ждет мужчину с фронта), в этой же она – непосредственный участник военных событий: солдат, медсестра, врач, партизан. Она стреляет, ходит в разведку, убивает. А как много стоят рассказы женщин, которые внесли огромный вклад в победу, но несправедливо забыты: поварих, связисток, прачек, почтальонов!

Она воюет, но при этом остается женщиной со своими ежедневными нуждами (например, даже я, акушер-гинеколог, до этого никогда не задумывалась, как же сложно приходилось на войне в период менструации) и радостями (когда красились, украшали землянку). До глубины души потряс рассказ партизанки, которой пришлось пожертвовать своим новорожденным малышом ради спасения отряда. А задумывались ли вы, насколько сложнее женщине было адаптироваться после войны к мирному времени? Прочтите книгу!



Акушерство и гинекология

1 (24) / 2025

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом
«АБВ-пресс»

Генеральный директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Дикке Галина Борисовна

Директор по рекламе: Петренко К.Ю.
Руководитель проекта: Строковская О.А.
Шеф-редактор: Кононова О.Н.

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ
И УЧРЕДИТЕЛЯ

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

www.abvpress.ru
abv@abvpress.ru

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

Заказ № 250814.

Тираж 10 800 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

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

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

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

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