



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Октябрь
2026 № 1–2 (28)

Сайт издателя – www.abvpress.ru

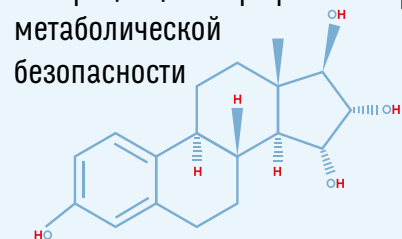
Тема номера

Ожирение
и репродукция

Фактор риска
мочевой инконтиненции 3

Эффективность методов
снижения веса 4

Контрацепция с профилем
метаболической
безопасности 12



От главного редактора



Галина Борисовна
ДИКХЕ

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», Санкт-Петербург, д. м. н., доцент

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Эпидемия ожирения сегодня затрагивает миллионы людей, но особенно остро эта проблема бьет по репродуктивной системе. Избыточная масса тела — это не просто эстетический или метаболический вызов, а серьезный барьер на пути к зачатию и вынашиванию здорового ребенка.

В новом номере нашей газеты мы посвятили центральные материалы междисциплинарному разбору темы «Ожирение и репродукция». В 2025–2026 годах произошел фундаментальный сдвиг в подходах к лечению ожирения: главный тренд — отказ от ИМТ как единственного критерия и фокус на осложнениях, метаболическом здоровье и междисциплинарном взаимодействии гинекологов, репродуктологов и эндокринологов. На страницах выпуска мы обсудили ключевые вопросы: патогенетические механизмы липотоксичности и инсулинорезистентности; особенности ведения пациенток с синдромом поликистозных яичников на фоне метаболического синдрома; реальные клинические алгоритмы снижения веса для ежедневной практики.

Наша цель — дать вам современные инструменты, которые помогут не просто констатировать диагноз, а эффективно восстанавливать репродуктивный потенциал пациенток.

Приятного и полезного чтения! Ждем ваших откликов и клинических наблюдений.



Оформить
подписку



АБВ-пресс
в Telegram

Интервью

Больше вес — выше риски

Ожирение остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности. При этом особую тревогу вызывает устойчивый рост его распространенности среди женщин репродуктивного возраста. Избыточная масса тела негативно сказывается на фертильности, течении беременности и здоровье будущего ребенка, а также повышает онкологические и метаболические риски в долгосрочной перспективе. О механизмах репродуктивных нарушений при ожирении, возможностях их коррекции и роли междисциплинарного подхода в ведении таких пациенток рассказывает д. м. н., заместитель директора НИИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова, директор Института репродуктивной медицины Елена Николаевна АНДРЕЕВА.



— Елена Николаевна, насколько распространена проблема ожирения среди женщин репродуктивного возраста в нашей стране?

— Ожирение уже давно перестало быть проблемой отдельных стран и сегодня рассматривается как одна из главных угроз общественному здоровью во всем мире. Согласно исследованию, опубликованному в журнале The Lancet в марте 2025 года, к 2050 году заболеваниями, связанными с избыточной массой тела (прежде всего сахарным диабетом 2-го типа, сердечно-сосудистыми заболеваниями и рядом онкологических), будет страдать около 60 % взрослых жителей планеты.

В России наблюдается такая же тенденция: по данным Минздрава, в настоящее время проблема ожирения касается четверти взрослого населения страны. При этом ситуация среди женщин выглядит особенно тревожной: в 2024 году избыточная масса тела отмечалась у 67 % женщин и 62 % мужчин. Прогнозы на 2050 год еще более пессимистичные: ожидается, что общая доля таких россиянок достигнет 73 %.

— Известно, что индекс массы тела (ИМТ) влияет на репродуктивное здоровье. Как именно это проявляется?

— Ожирение негативно воздействует на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось: изменяет баланс гонадотропных гормонов, подавляет фолликулогенез и снижает выработку прогестерона. Клинически это проявляется нарушениями менструального цикла, выраженность которых нарастает по мере увеличения ИМТ вплоть до аменореи.

это не просто энергетическое депо, но и активный эндокринный орган. Он усиливает синтез ароматазы — фермента, трансформирующего мужские половые гормоны (андрогены) в женские (эстрогены), способствуя тем самым развитию гиперэстрогении и снижению чувствительности тканей к инсулину, что нарушает регуляцию менструального цикла и может приводить к ановуляции, активирует воспалительные механизмы, которые негативно влияют на функцию яичников и качество ооцитов.

“Снижение массы тела является ключевым методом коррекции репродуктивных нарушений при ожирении: даже умеренная потеря веса — на 5–10 % от исходного — способна восстановить овуляторный цикл и улучшить качество ооцитов

Согласно классификации ВОЗ, при избыточной массе тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) риск уже считается повышенным. При ожирении I степени (30,0–34,9 кг/м²) он становится высоким, при ожирении II степени (35,0–39,9 кг/м²) — очень высоким, а при ожирении III степени (≥40 кг/м²) достигает крайне высокой степени.

Однако большое значение имеет не только сам ИМТ, но и характер распределения жировой ткани. Женщины с окружностью талии (ОТ) более 80 см чаще страдают синдромом хронической ановуляции по сравнению с теми, у кого при аналогичном ИМТ ОТ меньше. Это связано с тем, что висцеральный жир —

Ожирение является фактором риска потери беременности на малом сроке. Высокий ИМТ до зачатия ассоциирован также с большей вероятностью тревожных и депрессивных расстройств во время гестации.

Еще одной проблемой, связанной с избыточной массой тела, является сексуальная дисфункция. По данным исследований, отсутствие удовлетворенности сексуальной жизнью отмечает примерно каждая вторая женщина с ожирением. Снижение либидо и уменьшение частоты половых контактов дополнительно уменьшают вероятность наступления беременности.

Интервью

«с. 1

— Обратимы ли нарушения овуляции при ожирении?

— Да, и клиническая практика это подтверждает. Снижение массы тела является ключевым методом коррекции репродуктивных нарушений при ожирении: даже умеренная потеря веса — на 5–10 % от исходного — способна восстановить овуляторный цикл и улучшить качество ооцитов. Сроки восстановления репродуктивной функции индивидуальны и зависят от исходной массы тела, возраста женщины и длительности ожирения.

чаще нуждаются в абдоминальном родоразрешении и применении оперативных пособий в родах.

— Существует ли связь между ожирением и синдромом поликистозных яичников (СПКЯ)?

— Синдром поликистозных яичников — это полиэндокринное заболевание, для которого характерны хроническая ановуляция и нарушения гормональной секреции эндокринных желез. Помимо влияния на репродуктивное здоровье, СПКЯ ассоциирован с метаболическими и сердечно-сосудистыми рисками:

на 62 %. Важен и временной фактор: чем дольше сохраняется избыточная масса тела, тем выше онкологические риски. Так, риск рака молочной железы в постменопаузе увеличивается примерно на 8 % каждые 10 лет жизни с лишним весом. Что касается рака эндометрия, то, по оценкам Международного агентства по изучению рака, около 39 % случаев этого заболевания обусловлены ожирением.

Одним из ключевых механизмов является гиперэстрогения: избыток эстрогенов стимулирует рост и деление клеток молочной железы и эндометрия. Однако канцерогенное влияние ожире-

умеренной интенсивности в неделю. Важную роль играет наблюдение специалиста, который помогает поддерживать мотивацию и своевременно корректировать программу снижения веса. При ИМТ ≥ 30 кг/м² либо при ИМТ ≥ 27 кг/м² в сочетании с сопутствующими заболеваниями может рассматриваться медикаментозная терапия. Ее эффективность оценивают через 3 месяца: если снижение массы тела составляет менее 5 % от исходной, лечебную тактику пересматривают. Особое значение снижение веса имеет на этапе прегравидарной подготовки. После достижения целевых показателей рекомендуется период стабилизации массы тела продолжительностью от одного до двух лет, после чего можно планировать беременность.

— Каковы показания к бариатрической операции? Как планировать беременность после такого вмешательства?

— Хирургическое лечение показано пациенткам с морбидным ожирением в возрасте 18–60 лет при неэффективности консервативной терапии: при ИМТ ≥ 40 кг/м² — независимо от наличия сопутствующих заболеваний, при ИМТ ≥ 35 кг/м² — в сочетании с тяжелой коморбидной патологией, на течение которой можно воздействовать снижением массы тела (сахарный диабет 2-го типа, заболевания суставов, синдром обструктивного апноэ сна).

Важно: если в ходе предоперационной подготовки пациентке удалось снизить ИМТ ниже 35 кг/м², это не является противопоказанием к операции. Бариатрическое вмешательство также обосновано у тех, кто достиг снижения веса консервативными методами, но не смог удержать результат и возобновил набор массы тела, — даже при ИМТ менее 35 кг/м².

Планирование беременности допустимо не ранее чем через год — при условии компенсации фосфорно-кальциевого обмена, нормализации гематологического и эндокринного статуса.

— В повышении эффективности лечения женщин с избыточным весом и репродуктивными нарушениями важную роль играет междисциплинарный подход. Насколько широко он применяется в российской медицине?

— Междисциплинарный подход к лечению таких больных постепенно внедряется — прежде всего в специализированных центрах. Наиболее эффективна модель, при которой пациента ведет команда: эндокринолог, диетолог, психолог или психотерапевт, а при необходимости — гинеколог, кардиолог, гастроэнтеролог, реабилитолог и другие профильные специалисты. В НИИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова работает Центр лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, где помощь оказывается именно в таком формате. Это позволяет не просто добиться снижения массы тела, но и обеспечить долгосрочное сопровождение пациента, что особенно важно для сохранения достигнутых результатов.

Беседовала

Наталья Алексеевна КИРИЛЛОВА



“ В своей практике мы опираемся на два ключевых документа: клинические рекомендации «Ожирение у взрослых» 2025 года и «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» 2021 года. В них подробно описаны алгоритмы ведения таких пациенток

— Всегда ли ожирение сопровождается снижением фертильности?

— Не всегда. Беременность может наступить и при ожирении. Однако такие пациентки относятся к группе высокого риска по развитию гестационных и перинатальных осложнений.

Повышенный ИМТ до зачатия, особенно соответствующий ожирению, существенно увеличивает вероятность неблагоприятного течения и исходов беременности. У таких пациенток чаще возникают угроза невынашивания беременности (в 32,5 % случаев), преждевременные (10,8 %) или запоздалые (6,0 %) роды, аномалии родовой деятельности (30,1 %), родовой травматизм (45,7 %), нарушения функции фетоплацентарного комплекса с развитием внутриутробной гипоксии плода (до 60 %), фетоплацентарная недостаточность (10,8 %), а также макросомия новорожденного (18,1 %). У детей, рожденных от матерей с ожирением, выше вероятность нарушений нервной системы, включая синдром дефицита внимания и гиперактивности и расстройства аутистического спектра. Кроме того, беременные с ожирением

у таких пациенток нередко выявляют нарушение толерантности к глюкозе и дислипидемию. Также при СПКЯ выше вероятность тревожных и депрессивных расстройств по сравнению с общей популяцией.

Ожирение не является обязательным признаком СПКЯ, однако встречается у 45 % пациенток с этим синдромом — это существенно выше популяционного уровня (около 30 %). Избыточный вес потенцирует развитие метаболических нарушений: сочетание СПКЯ и ожирения — мощный фактор риска кардио-метаболических состояний.

— В начале интервью вы упомянули о связи между ожирением и рядом онкологических заболеваний. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.

— Эта зависимость подтверждена многочисленными исследованиями. По мере увеличения массы тела риск развития злокачественных новообразований возрастает: у женщин с ИМТ 25,0–29,9 кг/м² — на 8 %, при ИМТ 30,0–34,9 кг/м² — на 18 %, при ИМТ 35,0–39,9 кг/м² — на 32 %, а при ИМТ ≥ 40 кг/м² —

ния не сводится лишь к гормональным нарушениям. Инсулинорезистентность, хроническое системное воспаление, изменение секреции адипокинов и снижение уровня глобулина, связывающего половые стероиды, также усиливает клеточную пролиферацию и создает условия для развития опухолевого процесса.

— Какие рекомендации по снижению веса следует давать пациенткам? Какого результата необходимо достичь, чтобы эффект считался клинически значимым?

— В своей практике мы опираемся на два ключевых документа: клинические рекомендации «Ожирение у взрослых» 2025 года и «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» 2021 года. В них подробно описаны алгоритмы ведения таких пациенток.

Первый шаг — оценка исходного состояния: определение ИМТ и ОТ, выявление сопутствующих заболеваний (сахарного диабета 2-го типа, дислипидемии, артериальной гипертензии, СПКЯ), а также анализ состава тела. На основании полученных данных определяются индивидуальные цели. Как правило, клинически значимым считается снижение массы тела на 5–10 % за 3–6 месяцев, а при выраженном ожирении и коморбидности — на 15–20 % и более. Оптимальный темп потери веса — 0,5–1,0 кг в неделю: более быстрое снижение несет риски для здоровья. Основу лечения составляет коррекция образа жизни: сбалансированная низкокалорийная диета и регулярная физическая активность — не менее 150 минут аэробных нагрузок

Проблема и решение

Ожирение как фактор риска мочевой инконтиненции

Ожирение ассоциируется не только с метаболическими и сердечно-сосудистыми нарушениями. Оно может влиять и на функцию тазового дна, повышая риск недержания мочи (НМ). Что известно об этой связи и какие методы лечения дают наилучший результат?



**Айдар Миндиярович
ЗИГАНШИН**

Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, д. м. н.

Дисфункция тазового дна (ДТД) — термин, объединяющий состояния, обусловленные нарушением работы мышц тазового дна: их слабостью (наиболее частый вариант), избыточным напряжением либо дискоординацией. Клинически ДТД проявляется рядом расстройств, в том числе пролапсом тазовых органов (ПТО), нарушением функций мочевого пузыря, кишечника, сексуальной дисфункцией, а также тазовой болью. Одно из наиболее частых проявлений — недержание мочи. Оно бывает трех типов: стрессовое (СНМ), ургентное (УНМ) и смешанное; их распространенность составляет 40–50 %, 10–20 % и 30–35 % случаев соответственно. Риск НМ увеличивается с возрастом и количеством родов. У беременных и рожавших женщин вероятность его развития в 2–3 раза выше, чем у нерожавших. НМ нередко сочетается с ПТО, в частности с цистоцеле, доля которого в популяции по данным метаанализа составляет около 30 % (Hadizadeh-Talasaz Z., 2024). Связь НМ с менопаузой (без заместительной терапии эстрогенами), физической активностью, курением, а также с употреблением алкоголя и кофе остается неясной.

Масса тела имеет значение

В мировой литературе широко обсуждается вопрос о влиянии ожирения на недержание мочи. Метаанализ, включавший 16 наблюдательных исследований с участием 29 618 человек, показал, что избыточный вес (ИМТ 25–<30 кг/м²) повышает вероятность развития НМ на 27 %, ожирение I степени (ИМТ 30–<35 кг/м²) — на 60 %, а ожирение выше II степени (ИМТ ≥35 кг/м²) — на 85 % (Shang X., 2023).

В китайском популяционном перекрестном исследовании (Zhu L., 2008; n = 5300) при сравнении женщин с ИМТ ≥35 кг/м² и нормальной массой тела отношение шансов возникновения НМ

не реже одного раза в месяц составило 2,11 (95 % ДИ 1,84–2,42). По данным 4-летнего продольного исследования (n = 24 985), избыточный вес повышал риск НМ на 52 %, ожирение — на 67 % (Pang H., 2022).

Установлена также прямая связь между индексом висцерального ожирения (ИВО) и риском НМ: каждое увеличение ИВО на 1 единицу ассоциировано с ростом риска на 3 %. Распространенность НМ участников из самого высокого квартиля ИВО была на 57 % выше, чем в самом низком квартиле. Наиболее выраженная корреляция отмечена в возрастной группе 20–40 лет (Sun D., 2025).

Тазовое дно под нагрузкой

Наиболее вероятным механизмом развития СНМ у женщин с избыточной массой тела является повышение внутрибрюшного давления, способное приводить к ослаблению мышц и фасций тазового дна. Степень ожирения коррелирует с более высокой распространенностью как СНМ, так и УНМ.

Роль ожирения как фактора риска ПТО остается недостаточно определенной и требует дальнейшей оценки. Статистически значимая ассоциация между этими состояниями подтверждена не во всех исследованиях. В метаанализе Giri A. и соавт. (2017) избыточный вес и ожирение были связаны с повышением риска ПТО на 36 и 47 % соответственно. Вместе с тем более поздний метаанализ

не показал статистически значимой связи между ИМТ и ПТО (Zenebe C.B., 2021). Наличие цистоцеле увеличивает риск нарушений мочеиспускания: у 52 % пациенток с цистоцеле II–IV стадии наблюдались императивные позывы, причем частота НМ повышалась по мере прогрессирования цистоцеле (Szymanowski P., 2022; Davenport M.T., 2018). В другом исследовании связь НМ непосредственно с ПТО II степени и выше не была установлена, однако более выраженный пролапс ассоциировался с усилением симптомов НМ и анальной инконтиненцией. При этом более 90 % женщин с ожирением страдали от ДТД, а 50 % из них сообщали о негативном влиянии симптомов на качество жизни (Chen W., 2025).

В поперечном анализе данных 27 342 женщин, которые участвовали в исследовании менопаузальной гормональной терапии, было установлено, что многоплодная беременность и ожирение тесно связаны с повышенным риском пролапса матки, цистоцеле и ректоцеле (Hendrix S.L., 2002).

Метаболические нарушения также могут играть роль. В одном из исследований СНМ выявлялось у 56 % женщин с метаболическим синдромом. В целом по группе определялся повышенный уровень глюкозы натощак, который способствовал повышению риска СНМ на 86 %, а большая окружность талии — на 72 % (Gleicher S., 2020).

Новые подходы

Приведенные ниже методы пока находятся на стадии изучения и характеризуются низким уровнем доказательности по сравнению с традиционными вариантами лечения.

- **Обогащенная тромбоцитами плазма.** Метод предполагает введение собственной плазмы пациентки в околоуретральную зону или в область сфинктера. Тромбоциты выделяют факторы роста, которые потенциально стимулируют регенерацию тканей и повышают сопротивление уретры. Согласно данным Jiang Y.H. (2021), полное отсутствие недержания было зафиксировано у 20 % пациенток, умеренное улучшение — у 40 %.
- **Трансплантация стволовых клеток.** Цель — запустить регенерацию поврежденных мышечных и соединительных структур за счет введения стволовых клеток. Работы в этом направлении ведутся (Carmen González Enguita, 2024), однако объема полученных данных пока недостаточно. В настоящее время основной акцент делается на оценке безопасности метода, подборе оптимальной дозы стволовых клеток и изучении длительности эффекта.
- **Лазерная терапия.** Энергия лазера стимулирует выработку коллагена: стенки влагалища уплотняются, улучшаются поддержка уретры и функция сфинктера. По данным Conté C. (2017), после таких процедур улучшение отмечалось у 62–78 % пациенток. Несмотря на многообещающие краткосрочные результаты, в систематических обзорах указывают на недостаточность данных о долгосрочном эффекте, а также на отсутствие четких критериев выбора типа лазера в зависимости от клинической ситуации.

Как лечить недержание мочи

Тактика лечения определяется типом НМ и включает консервативные, медикаментозные, малоинвазивные и хирургические методы. К основным консервативным методам относятся снижение веса, тренировка мышц тазового дна (ТМТД), тренировка мочевого пузыря, поведенческая модификация (например, контроль потребления жидкости) и, при СНМ, использование вагинальных пессариев. При ГАМП применяют медикаментозную терапию, а при недостаточной эффективности консервативных и лекарственных методов — малоинвазивные вмешательства. Хирургическое лечение используют преимущественно при СНМ.

Снижение веса. По данным исследования Chen F. и соавт. (2024), снижение массы тела с 5 до 10 % привело к уменьшению риска НМ на 17 %, с 10 до 15 % — на 27 %, более чем на 15 % — на 48 %. В метаанализе 42 работ показано, что частота НМ у женщин с ожирением существенно сократилась после бариатрической операции: в 3,5 раза через 6 месяцев и в 4 раза — через год. А у некоторых пациенток симптомы полностью исчезли (Sheikh N., 2025). Согласно другому исследованию, бариатрическая хирургия также значительно улучшила функцию мышц тазового дна (средняя разница 0,55, 95 % ДИ 0,38–0,72, p < 0,00001) (Zhang J., 2020).

Тренировки мышц тазового дна (упражнения Кегеля) отличаются более высокой эффективностью в лечении императивного НМ по сравнению с другими методами. Так, в ряде исследований снижение симптомов при выполнении упражнений Кегеля достигало 81 %, тогда как при медикаментозной терапии — 69 %. Результаты применения электромиостимуляции и использования конусов оказались еще менее выраженными — 55 и 54 % соответственно (Castro R.A., 2008).

При СНМ биологическая обратная связь и электромиостимуляция рассматриваются как дополнение к ТМТД. Альтернативные тренировки (аэробика, пилатес, йога и др.) не имеют подтвержденной доказательной базы эффективности в терапии НМ и не рекомендуются к применению.

Тренировка мочевого пузыря. Согласно Кокрейновскому обзору, этот метод позволяет сократить количество эпизодов НМ на 57 %, а объем подтекаемой мочи — на 54 %. Наилучшие результаты наблюдались у более молодых пациенток, а также у женщин с более высоким уровнем образования (вероятно, из-за лучшей приверженности тренировкам) (Funada S., 2023).

Вагинальные пессарии. Принцип их действия заключается в стабилизации уретры и шейки мочевого пузыря, за счет чего повышается сопротивление уретры выходу мочи в состоянии покоя и при возрастании внутрибрюшного давления. В оценке технологий здравоохранения пессарии продемонстрировали равную эффективность с ТМТД в купировании симптомов СНМ как в краткосрочном периоде (14 дней), так и в долгосрочной

» с. 7

Дайджест

От диеты до скальпеля: эффективность методов снижения массы тела у женщин репродуктивного возраста

Коррекция веса при ожирении давно не сводится к формуле «меньше есть — больше двигаться». Сегодня в арсенале средств по снижению массы тела не только диета и физическая активность, но и разнообразные медикаментозные, хирургические и альтернативные методы, включая иглоукалывание и массаж. В обзоре представлены данные последних исследований об эффективности этих подходов с акцентом на женщин репродуктивного возраста.



Изменение образа жизни

Диеты: гипокалорийная, кетогенная, средиземноморская, профертильная.

Гипокалорийная диета основана на снижении калорийности, ограничении жиров до 30 %, уменьшении потребления углеводов с высоким гликемическим индексом. Рекомендуется 3–5-разовое питание без перекусов между приемами пищи. Суточная калорийность не должна опускаться ниже 1200 ккал. Оптимально сократить привычный рацион на 500–750 ккал в день. Эффективна для краткосрочного (12–24 недели) снижения массы тела: темп потери веса составляет 0,5–1,0 кг в неделю. Однако удержать достигнутый результат в долгосрочной перспективе зачастую непросто.

Кетогенная диета — это режим питания с очень низким содержанием углеводов (5–10 %), умеренным — белков (15–20 %) и высоким — жиров (70–80 %). Она переводит организм в состояние кетоза, когда вместо глюкозы основным источником энергии становятся жиры, расщепляемые на кетоновые тела. Метаанализы показывают снижение веса в среднем на 1,8–3,9 кг в месяц в зависимости от калорийности рациона (1500–1800 ккал/день) и уровня физической активности. Кетогенная диета может давать довольно быстрые результаты на начальном этапе, однако для длительного применения не подходит.

Средиземноморская диета признана одной из наиболее эффективных систем питания для снижения веса. В основе рациона — овощи, фрукты и бобовые, которые позволяют есть большие порции при относительно невысокой калорийности. Большое содержание клетчатки (за счет цельных злаков и овощей) и белков (рыба, птица, йогурт) способствует длительному чувству сытости. Насыщенные жиры заменяются оливковым маслом холодного отжима — это положительно влияет на обмен веществ.

Исследования подтверждают пользу такого питания в долгосрочной перспективе: средиземноморская диета хорошо подходит для уменьшения окружности талии и снижения жировой массы, а также лучше помогает удерживать вес по сравнению со строгими диетами (Poulimeas D., 2020). Так, четыре метаанализа рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) показали более выраженное снижение индекса массы тела (ИМТ) на фоне такого рациона, а метаанализ 7 проспективных когортных исследований выявил снижение риска набора лишних килограммов с течением времени (Dominguez L.J., 2023).

По данным систематического обзора и метаанализа 11 исследований, соблюдение средиземноморской диеты также ассоциировано с более высокой частотой

наступления беременности по сравнению с другими диетами (Muffone A.R.M.C., 2023).

Профертильная диета (ProFertility, разработана голландскими диетологами) близка к средиземноморской, но предполагает более высокое потребление фолиевой кислоты, витаминов B₁₂ и D, цельнозерновых, молочных, соевых и морепродуктов (Gaskins A.J., 2019). Следование голландским рекомендациям женщинами, прибегающими к ЭКО, увеличивает вероятность наступления беременности на 65 % (Twigt J.M., 2012).

Физическая активность. Рекомендуемый режим: аэробные упражнения умеренной или высокой интенсивности (ходьба, бег, езда на велосипеде) — 5 дней в неделю, не менее 150 минут в неделю; силовые тренировки — 2 раза в неделю.

Физическая активность оказывает умеренное прямое влияние на снижение массы тела (менее 3 %), но эффективна для долгосрочного поддержания результата. Занятия фитнесом способствуют уменьшению висцерального жира и сохранению мышечной массы даже при минимальных изменениях ИМТ (Olateju I.V., 2023).

Высокий уровень физической активности у женщин с ожирением сопровождался снижением вероятности нарушений менструального цикла на 19 % (ОШ 0,81; 95 % ДИ: 0,68–0,97) (Mena G.P., 2021).

В систематическом обзоре и метаанализе 15 РКИ (2023) показано, что значимая потеря веса наблюдалась только у женщин с исходным ИМТ >35 кг/м² (средний показатель — 3,69 кг; 95 % ДИ: от –6,76 до –0,61). При этом существенного влияния на уровни глюкозы и инсулина в крови, HOMA-IR, тестостерона и индекс свободных андрогенов выявлено не было. Благоприятные изменения отмечены в отношении глобулина, связывающего половые стероиды (SHBG) (средняя разница — 5,55 нмоль/л; 95 % ДИ: от –9,21 до –1,89).

Физическая активность связана со статистически значимым увеличением частоты овуляции (ОШ 11,23; 95 % ДИ: 2,51–50,23) и наступления беременности (ОШ 1,49; 95 % ДИ: 1,04–2,15).

Поведенческая терапия. Психологическая поддержка играет важную роль в изменении пищевого поведения, поскольку помогает устранить эмоци-

нальные и поведенческие барьеры, которые часто игнорируются при стандартном подходе «диета + упражнения». Наиболее эффективны следующие методы:

- когнитивно-поведенческая терапия признана «золотым стандартом», она помогает выявить и изменить искаженные мысли о еде (например, «Я уже нарушила диету, поэтому можно есть дальше») и заменить их адаптивными паттернами;
- осознанное питание учит внимательнее относиться к еде и прислушиваться к сигналам организма: это помогает точнее распознавать голод и насыщение и снижать эпизоды компульсивного и эмоционального переедания;
- терапия принятия и ответственности направлена на повышение психологической гибкости и готовности переносить тягу к еде ради долгосрочных целей;
- мотивационное интервьюирование помогает преодолеть амбивалентность в отношении изменений и укрепить внутреннюю мотивацию к изменению образа жизни.

Поведенческие программы также включают такие техники, как самомониторинг (ведение дневника питания и эмоционального состояния для выявления факторов, провоцирующих переедание), контроль стимулов (изменение окружающей среды — например, удаление высококалорийных продуктов из зоны видимости), постановка целей (формулирование конкретных и реалистичных задач — например, потеря 0,5–1,0 кг в неделю), решение проблем (разработка стратегий преодоления ситуаций, повышающих риск переедания, — во время праздников, из-за стресса или изменения привычного распорядка).

Эффективность методов изменения поведения была оценена в систематическом обзоре и метаанализе 47 исследований с участием 6729 человек. Такие методы привели к снижению массы тела в среднем на 4,09 кг (95 % ДИ: от –5,43 до –2,76 кг; $p < 0,001$) (Power D., 2025).

Фармакотерапия

Орлистат — основное действие заключается в локальном ингибировании липазы в кишечнике, что приводит к снижению всасывания свободных жирных кислот. Максимальная польза от орлистата достигается при его сочетании со сбалансированным питанием и регулярными физическими упражнениями.

Дайджест

Статистически значимая потеря веса наблюдается через два месяца после начала приема и через полгода достигает в среднем 5,6 кг (Bansal A.B., 2025). Исследования показывают, что этот препарат может повышать частоту овуляции у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ).

Агонисты глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) (семаглутид, лираглутид, дулаглутид и др.) — противодиабетические препараты стимулируют выработку инсулина, подавляют глюкагон, замедляют опорожнение желудка и снижают аппетит. Наиболее распространенные побочные эффекты — желудочно-кишечные расстройства: тошнота, рвота, диарея, запор (Ghush W., 2024).

В систематическом обзоре и мета-анализе семаглутид, лираглутид, дулаглутид, тирзепатид и эксенатид продемонстрировали снижение массы тела у пациентов в среднем на 4,81, 2,81, 4,03, 9,70 и 1,90 кг соответственно (Wen J., 2024).

Применение агонистов ГПП-1 не рекомендуется при планировании беременности (Pavli P., 2024). Предварительные клинические данные указывают на улучшение репродуктивной функции при СПКЯ, что подтверждается увеличением частоты наступления беременности. Тем не менее исследования на животных выявляют потенциальный риск повреждения яичников и эндометрия. Эти данные подчеркивают необходимость проведения контролируемых исследований на людях для уточнения репродуктивной безопасности (Voros C., 2026).

Сибутрамин воздействует на центры насыщения, терапевтический эффект достигается за счет ингибирования обратного захвата норадреналина, серотонина и дофамина. В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании применение сибутрамина в дозе 15 мг 1 раз в день в сочетании с коррекцией образа жизни у тучных пациенток с СПКЯ через 6 месяцев привело к потере в среднем 7,8 кг веса по сравнению с 2,8 кг в группе плацебо (Lindholm Å., 2008).

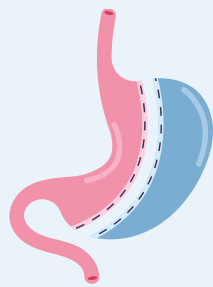
Сибутрамин может оказывать положительное влияние на гиперандрогенемия, а также на метаболические факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с ожирением и СПКЯ (Sabuncu T., 2003). В то же время при применении сибутрамина могут наблюдаться нарушения менструального цикла, повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений (Ramzi F., 2005).

Метформин повышает чувствительность к инсулину и улучшает метаболизм глюкозы в крови, а кроме того, способствует умеренному снижению массы тела. Метформин применяют в качестве терапии первой линии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, особенно у тех, кто страдает избыточным весом (Ray R., 2024). При этом снижение массы тела наблюдается и при отсутствии инсулинорезистентности (Seifarth C., 2013). По имеющимся данным, метформин также повышает частоту овуляции у женщин с СПКЯ, однако в значительно меньшей степени, чем кломифен цитрат или летрозол, поэтому не может использоваться

в качестве основного средства при ановуляции. Убедительных же доказательств того, что комбинация метформина с другими препаратами, применяемыми для индукции овуляции, повышает частоту живорождений, недостаточно.

Инозитол — пищевые добавки, содержащие миоинозитол (МИ) и D-хироинозитол (D-ХИ) и их комбинации, способствуют коррекции метаболических нарушений. В обзоре показано, что обе формы инозитола улучшают углеводный и липидный обмен, а также функцию яичников. При этом МИ оказывает более выраженное влияние на метаболический профиль, тогда как D-ХИ эффективнее снижает гиперандрогению. При СПКЯ с инсулинорезистентностью D-ХИ способствует восстановлению овуляции более чем у 85 % пациенток, а МИ — созреванию ооцитов и улучшению их качества (Дикке Г.Б., 2025).

Сочетание МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 является оптимальным для коррекции метаболических, гормональных и репродуктивных нарушений при СПКЯ. Регуляция метаболизма глюкозы



Виды бариатрических операций

- **Рестриктивные операции.** Направлены на уменьшение объема желудка.

Пример — продольная резекция желудка: в результате объем органа сокращается примерно на 80 %, до 100–150 мл.

- **Мальабсорбтивные операции.** Снижают площадь всасывания питательных веществ в кишечнике. К ним относится билиопанкреатическое шунтирование: оно сочетает продольную резекцию желудка с шунтированием тонкой кишки. В итоге для абсорбции остается около 100 см общей активной поверхности желудка и тонкого кишечника. Этот тип операций характеризуется максимальным риском развития нутритивных дефицитов.

- **Комбинированные операции.** Сочетают рестриктивный и мальабсорбтивный механизмы.

Пример — гастрешунтирование по Ру: формируется небольшой желудочный резервуар объемом 20–30 мл и выполняется шунтирование двенадцатиперстной кишки и проксимального отдела тощей кишки, что одновременно ограничивает объем съедаемой пищи и снижает всасывание калорий.

происходит также независимо от инозитола путем эндогенной альфа-липоевой кислоты (АЛК), синтезируемой в митохондриях. Добавление АЛК, фолиевой кислоты, витамина D и марганца может дополнительно улучшать чувствительность к инсулину и репродуктивную функцию, особенно у пациенток с ожирением (Пустотина О.А., 2020).

В сравнительном исследовании комбинация МИ и D-ХИ в соотношении 5:1 не уступала метформину по влиянию на массу тела и метаболические показатели, но эффективнее восстанавливала регулярность менструального цикла и овуляцию. Через 6 месяцев овуляция наблюдалась у 77,5 % пациенток против 47,5 % на метформине (ОР 1,63; 95 % ДИ 1,13–2,35; $p = 0,01$). Частота наступления беременности статистически значимо не различалась — 22,5 и 17,5 % соответственно (Эфендиева Р.М., Дикке Г.Б., 2025).

Альтернативные методы лечения

Йога, иглоукалывание, массаж. Мета-анализ 30 РКИ не выявил влияния йоги на ИМТ, процент жира в организме и окружность талии (Lauche R., 2016). Иглоукалывание, по данным метаанализа 25 РКИ, усиливало эффект от изменения образа жизни, способствуя большему снижению веса и нормализации углеводного и липидного обмена. Массаж в сочетании с коррекцией образа жизни, согласно метаанализу 14 РКИ, значительно снижал массу тела, уровень общего холестерина, триглицеридов и холестерина ЛПНП, а также инсулинорезистентность и индекс НОМА-IR и уменьшал окружность талии, но оказывал недостаточное влияние на повышение уровня холестерина ЛПВП (Wang G., 2025).

Малоинвазивные и бариатрические вмешательства

Внутрижелудочный баллон — это временная мера для снижения массы тела (срок установки — до 6 месяцев), которую применяют, если консервативные методы не дают нужного эффекта, либо в качестве подготовительного этапа перед хирургическим лечением. Принцип действия баллона основан на механическом ограничении объема желудка. Средний объем желудка составляет около 1200 мл, однако у пациентов с ожирением он может превышать норму в три раза. При этом баллона объемом 400 мл достаточно, чтобы заметно сократить количество потребляемой пищи. Еще один предполагаемый механизм его действия — замедление опорожнения желудка, что продлевает ощущение сытости.

На начальном этапе потеря веса может достигать 6–15 %, что существенно превышает результаты, получаемые исключительно за счет коррекции образа жизни (1–5 %). В среднем за 6 месяцев масса тела снижается примерно на 11,5 кг. При этом у пациентов с высоким ИМТ эффект оказывается более выраженным. Долгосрочные результаты менее стабильны: через год после удаления баллона снижение веса на 20 % от исходного уровня удается

сохранить лишь 50 % пациентам, а спустя 5 лет — 25 % (Crossan K., 2025).

Публикации о влиянии внутрижелудочного баллона на фертильность немногочисленны. Сообщается, что снижение ИМТ на фоне применения баллона может способствовать нормализации менструального цикла и восстановлению спонтанной овуляции. В ретроспективном исследовании Musella M. (2011) среди 27 женщин с диагнозом «бесплодие», применивших данное вмешательство, беременность наступила у 55 % из них.

Специалисты советуют не планировать зачатие ранее чем через 6–12 месяцев после удаления баллона. Такой интервал необходим для стабилизации массы тела и нутритивного статуса.

Бариатрическая хирургия показана при ИМТ >40 кг/м² либо при ИМТ >35 кг/м² на фоне сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия, болезни суставов) (Дедов И.И., 2018). Включает оперативные вмешательства, направленные на уменьшение объема желудка и/или изменение путей прохождения пищи.

Эффективность во многом зависит от типа вмешательства. Согласно данным ретроспективного исследования, охватившего более 65 000 пациентов, через год после операции средняя потеря веса составила 31,2 % после желудочного шунтирования, 25,2 % — после рукавной гастрэктомии и 13,7 % — после установки регулируемого желудочного бандажа. Спустя 5 лет показатели снизились до 25,5, 18,8 и 11,7 % соответственно (Arterburn D., 2018).

Улучшение менструального цикла и гормонального профиля наблюдается уже в раннем послеоперационном периоде. По данным обзора 34 РКИ, более чем у 75 % пациенток улучшилась овуляторная функция, восстановилась регулярность менструального цикла и отмечались случаи спонтанной беременности. При этом беременность, наступившая после операции, ассоциирована с более низкой частотой гестационного диабета, артериальной гипертензии и макросомии.

Тем не менее специалисты рекомендуют избегать зачатия в течение 12–18 месяцев после вмешательства (на период активного снижения веса) из-за риска задержки роста плода, а также вероятности развития нутритивных дефицитов — белковой недостаточности, нехватки необходимых минералов и водо- или жирорастворимых витаминов (Pg.Baharuddin D.M., 2021). В ряде исследований говорится о рисках рождения детей с низкой массой тела, особенно после желудочного шунтирования по Ру (Voros C., 2025). Поэтому коррекция нутритивного статуса крайне важна как на этапе прегравидарной подготовки, так и во время гестации и лактации (Дзгоева Ф.Х., 2025).

Редакция газеты
«Акушерство и гинекология сегодня»



Список источников

Препарат

Новые возможности профилактики рака шейки матки



Тамара Николаевна
БЕБНЕВА

Доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования, Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; врач ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, д.м.н.

Инфекция, связанная с вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, является ведущим этиологическим фактором развития инвазивного рака шейки матки (РШМ) и предшествующей ему цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН). Большинство ВПЧ-инфекций устраняются силами организма, но у части женщин, чья иммунная система не способна элиминировать вирус, может развиться ЦИН высокой степени, а затем инвазивный РШМ. Существуют ли средства, позволяющие восполнить этот недостаток?

Актуальность таргетной терапии ЦИН

Терапия ЦИН относится к мерам вторичной профилактики РШМ. Сегодня крайне востребован поиск новых терапевтических схем общего и локального действия, способных блокировать ключевые этапы развития ЦИН и предотвращать злокачественное перерождение тканей. Патогенетически обоснованное лечение должно эффективно останавливать аномальное деление и малигнизацию клеток, пораженных ВПЧ. В связи с этим клиницисты проявляют высокий интерес к местному применению препаратов

на основе дииндолилметана (ДИМ), обладающих масштабной доказательной базой при лечении данной патологии. Вагинальные суппозитории с ДИМ представляют собой оригинальный отечественный лекарственный препарат Цервикон-ДИМ, созданный ведущими российскими учеными в сфере молекулярной биологии и онкогинекологии.

Молекулярный механизм действия дииндолилметана

Результаты фундаментальных (*in vitro/in vivo*) и клинических испытаний детально описывают фармакологические эффекты ДИМ, которые включают индукцию апоптоза в отношении

вирус-инфицированных эпителиальных клеток шейки матки, избирательно ингибируя экспрессию онкогенов E6 и E7 ВПЧ; иммуномодуляцию (стимулирует выработку рецепторов к γ -интерферону, активируя локальный неспецифический иммунный ответ против вируса; ускорение клиренса (активирует быстрое выведение поврежденных вирусом и измененных клеток из цервикального эпителия); коррекцию гормонального метаболизма (стабилизирует обмен эстрадиола в инфицированных клетках, блокируя синтез метаболита 16 α -гидроксиэстрогена); подавление пролиферации (прямое угнетение экспрессии онкобелков

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Возраст пациентки: 36 лет.

На момент обращения жалоб не предъявляет. Обратилась для планового обследования.

Акушерско-гинекологический анамнез

Менструальная функция без особенностей, цикл регулярный. Родов — 2, аборт — нет. В анамнезе хирургическое лечение шейки матки — петлевая эксцизия по поводу ЦИН II. После операции находилась на динамическом наблюдении.

Половой анамнез

Указывает на смену полового партнера в течение последнего года. Контрацепция — барьерная (непостоянно).

Данные первичного обследования

ВПЧ-тестирование (ПЦР). Выявлена ДНК ВПЧ высокого риска — генотипы 31 и 45 с высокой вирусной нагрузкой.

Жидкостная цитология (ПАП-тест).

NILM (Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy) — цитологическая картина без признаков интраэпителиального поражения и злокачественности. Клетки плоского и цилиндрического эпителия в пределах нормы.

Кольпоскопическое исследование (первичное).

Адекватность: кольпоскопия адекватная. Визуализация: стык двух видов эпителия (плоского и цилиндрического) не визуализируется (находится в цервикальном канале, что характерно для пациенток после эксцизии шейки матки) — зона трансформации (ЗТ) 3-й тип. Эпителий:

преобладает оригинальный сквамозный (зрелый плоский) эпителий. Визуализируются последствия раннего проведенного лечения (рубцовые изменения, деформация наружного зева после перенесенной эксцизии) (рис.). Заключение: зона трансформации 3-го типа; другие кольпоскопические картины.

Клинический диагноз. МКБ-10: B97.7 — Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках (или B08.8/Z11.5 — Скрининговое обследование с целью выявления вирусных болезней). Состояние после эксцизии шейки матки по поводу ЦИН II в анамнезе. Зона трансформации 3-го типа.

Лечение

Учитывая персистенцию ВПЧ высокого канцерогенного риска, наличие

хирургического лечения в анамнезе и высокий риск рецидива ЦИН на фоне смены партнера, пациентке назначена консервативная терапия — препарат Цервикон-ДИМ (суппозитории вагинальные, действующее вещество — дииндолилметан, по 100 мг 2 раза в сутки: утром и вечером). Длительность курса — 6 месяцев (стандартный непрерывный или циклический курс согласно общей характеристике лекарственного препарата. Пациентка продемонстрировала высокую приверженность лечению, нежелательных побочных эффектов не зафиксировано.

Результаты контроля

ВПЧ-тестирование (через 6 месяцев после окончания терапии) — отрицательный результат. Достигнута полная элиминация (или глубокая супрессия до неопределяемого уровня) ВПЧ. **Цитологический контроль:** Подтвержден статус NILM.

Заключение и тактика дальнейшего ведения

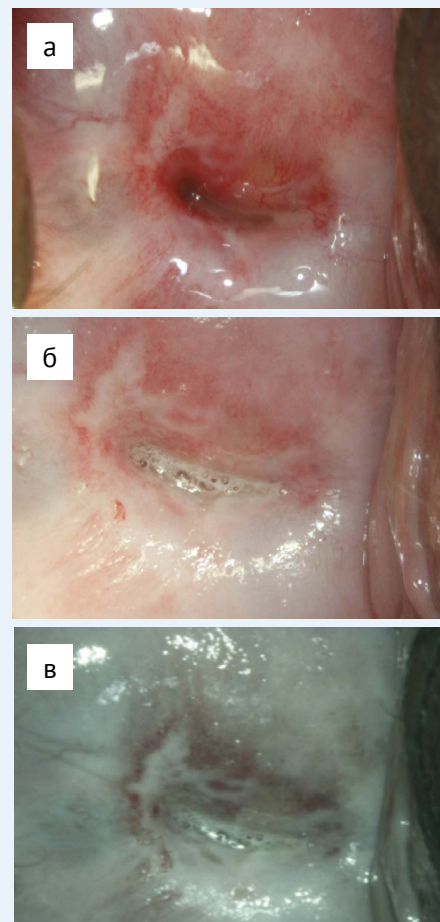
Продemonстрирована высокая эффективность консервативной терапии препаратом Цервикон-Дим у пациентки из группы риска (с ЦИН II в анамнезе, сменой полового партнера и персистенцией ВПЧ ВКР). Учитывая 3-й тип зоны трансформации (стык не виден), за пациенткой сохраняется онконастороженность.

Рекомендации

Повторный ВПЧ-тест + ПАП-тест (ко-тестирование) через 12 месяцев.

Применение барьерной контрацепции (презерватив) с новым партнером для исключения реинфицирования другими типами ВПЧ. Регулярный гинекологический осмотр.

Рисунок. Рубцовые изменения шейки матки после предшествовавшей электроэксцизии а — до обработки 3 %-ным раствором уксусной кислоты, б — после обработки, в — под зеленым фильтром



Препарат

Е6 и Е7 ВПЧ останавливает гормонозависимый патологический рост тканей) (Amare D.E., 2020; Vermillion Maier M.L., 2021; Williams D.E., 2021).

Ключевые преимущества препарата Цервикон-ДИМ

- **Инновационный подход** — уникальный механизм действия, нацеленный на этиопатогенез ЦИН.
- **Доказанный регресс** — способность вызывать обратное развитие дисплазии подтверждена гистологическими и цитологическими методами.
- **Противовирусный эффект** — элиминация инфекции ВПЧ через 6 месяцев лечения.

- **Безопасность** — исключительно местное действие без системного влияния на организм с благоприятным профилем переносимости.

- **Биодоступность** — вагинальное введение гарантирует максимальную концентрацию активного компонента прямо в очаге инфицирования.

На данный момент суппозитории с ДИМ остаются единственным зарегистрированным лекарственным средством, которое нацелено точно на звенья патогенеза ЦИН. Результативность терапии, помимо лабораторных тестов, официально подтверждена двумя крупными многоцентровыми рандомизированными клиническими исследованиями и серией моноцентровых проспективных когортных работ.

От науки к практике

Выбор терапевтической тактики у данной пациентки полностью согласуется с результатами российского научно-практического исследования «ЦЕРЕРА» (Аполихина И.А., Зароченцева Н.В. и соавт., 2025). В ходе работы была доказана высокая эффективность 6-месячного локального применения препарата Цервикон-ДИМ у женщин, имеющих в анамнезе эксцизию по поводу ЦИН II, на фоне персистирующей ВПЧ-инфекции. Клинический клиренс ВПЧ, зафиксированный у пациентки по окончании курса, согласуется с выводами «ЦЕРЕРА» о таргетном патогенетическом воздействии суппозитория на элиминацию ВПЧ и процессы клеточной пролиферации в цервикальном эпителии.

Наблюдение в условиях рутинного приема в 10 российских клинических центрах подтвердило выраженную способность ДИМ стимулировать обратный регресс остаточных диспластических изменений и защищать прооперированные ткани от рецидивов. Отмечены выраженная эрадикация ВПЧ высокого онкогенного риска и стойкое снижение вирусной нагрузки, что предотвращает повторное поражение эпителия зоны трансформации. Доказано отсутствие системного токсического влияния и подтверждена отличная локальная переносимость препарата при длительном (до полугода) непрерывном применении.

Фундаментальное многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование II фазы (Сухих Г.Т.,



Ашрафян Л.А., Киселев В.И. и соавт., 2019) позволило объективно оценить терапевтическую силу молекулы ДИМ, исключив субъективные факторы. Работа подтвердила значительное превосходство суппозитория над плацебо в отношении элиминации ВПЧ. В данной работе на большой выборке пациенток с ЦИН I–II была объективно (путем гистологического мониторинга) доказана высокая терапевтическая эффективность суппозитория, индуцирующего регресс неопластических процессов шейки матки и элиминацию ВПЧ-инфекции за счет селективного воздействия на молекулярный патогенез дисплазии.

В рассматриваемом клиническом случае, несмотря на 3-й тип зоны трансформации и предшествующее хирургическое лечение, проведение 6-месячного курса позволило зафиксировать стойкий отрицательный ВПЧ-статус и сохранить цитологическую норму (NILM). Это согласуется с выводами авторов о высокой биодоступности и надежности местной таргетной терапии в реальной клинической практике.

Целесообразность выбора 6-месячного консервативного курса терапии препаратом Цервикон-Дим дополнительно подтверждается выводами работы С.А. Левакова, Т.А. Громовой и соавт. В исследовании показано, что нехирургическое лечение ЦИН I–II с помощью интравагинальных суппозитория на основе ДИМ характеризуется высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности. Использование данной схемы позволяет добиться устойчивого регресса неопластических изменений и значительного ускорения клиренса ВПЧ-инфекции.

Список источников



ЦЕРВИКОН®-ДИМ
суппозитории вагинальные

Единственный в России лекарственный препарат с прямым показанием — лечение дисплазии шейки матки^{1,3}

- Ускоряет элиминацию ВПЧ-инфицированных клеток¹
- Обладает противоопухолевой активностью в отношении ВПЧ-инфицированных клеток²
- Значительно повышает вероятность регрессии дисплазии шейки матки²

Остановить развитие дисплазии шейки матки в ваших руках!

1. Общая характеристика лекарственного препарата Цервикон-ДИМ®, ЛП-№(007981)-(PF-RU) от 05.12.2024.
2. Сухих Г.Т. и др. Исследование эффективности и безопасности препарата на основе дииндолилметана у пациенток с цервикальной неоплазией (CIN I–II). Акушерство и гинекология, 2018; 9: 91–98.
3. Адаптировано из источника: <https://grls.rosminzdrav.ru/> на день обращения 11.11.2025.

ООО «Алцея», Россия, 129110, г. Москва, проспект Олимпийский, дом 16, строение 5, этаж 6, помещение I.
Тел. +7 (495) 502-92-47
E-mail: medinfo@alceapharma.ru, safety@alceapharma.ru, quality@alceapharma.ru. www.alceapharma.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕКЛАМА. CER/RU/112025/1341

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Проблема и решение

« с. 3

перспективе — через 12 и 24 месяца. У большинства пациенток использование пессария приводило к ослаблению либо к полному устранению симптомов (Ontario Health, 2021).

Медикаментозное лечение. При ГАМП традиционно применяют антихолинергические (антимускариновые) препараты, однако в ряде случаев предпочтение отдают агонистам β-3-рецепторов из-за лучшей переносимости. Результаты метаанализа демонстрируют умеренную эффективность всех рассматриваемых лекарственных средств, при этом статистически значимого превосходства какого-либо препарата над другими не выявлено. Комбинированное лечение с использованием фармакологических и нефармакологических методов может обеспечить наилучшую клиническую эффективность благодаря различным механизмам действия (Bapir R., 2022).

Малоинвазивные методы применяют при неэффективности консервативного лечения. Среди них — инъекции ботулотоксина А: по данным метаанализа (Chen Y.H., 2024), количество ежедневных эпизодов НМ через 4–6 недель уменьшилось на 3,82 (95 % ДИ от – 6,29 до – 1,35), а через 12 недель — на 2,17 (95 % ДИ от – 3,22 до – 1,12) (Chen Y.H., 2024). Альтернативным методом является введение филлеров: согласно Кокрейновскому обзору, тяжесть НМ снизилась на 30 % (Kirchin V., 2017). Эффективность стимуляции крестцового нерва достигает 84 % (van Ophoven A., 2021). При этом влияние ожирения на результаты указанных методов не изучалось.

Хирургическое лечение СНМ включает субуретральные sling-овые операции, при которых устанавливают синтетическую петлю (слинг) под средней частью уретры, обеспечивающую ее поддержку и предотвращающую НМ при физической нагрузке. Результативность такой операции — от 83 до 100 % (Saraswat L., 2020).

Еще один вариант — аутологичный фасциальный слинг, для формирования которого под уретрой размещают собственную ткань пациентки, чаще всего фасцию прямой мышцы живота. Эффективность метода варьирует от 31 до 100 %, при этом полное удержание мочи достигается у 88 % пациенток (Sharma J.B., 2021).

К хирургическим методам также относится кольпосуспензия по Берчу, при которой шейку мочевого пузыря и прилегающие ткани фиксируют к связкам Купера с помощью швов. Долгосрочная эффективность этого метода достигает 70 %, а при сочетании с гормональной терапией — 82 % (Nik J., 2002).

Список источников



В фокусе

Гиперинсулинемия и репродуктивный диссонанс при синдроме поликистозных яичников

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — одно из наиболее распространенных эндокринных расстройств у женщин репродуктивного возраста — требует внимания не только гинеколога, но и эндокринолога. Вот уже 32 года для коррекции сопутствующих СПКЯ нарушений применяется метформин, в том числе его пролонгированная форма. О месте препарата в лечении пациенток с данным диагнозом и принципах их междисциплинарной курации рассказывает Елена Петровна ХАЩЕНКО, д. м. н., ведущий научный сотрудник 2-го гинекологического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии (НМИЦ АГП) имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России.



— В последних клинических рекомендациях (КР) «Синдром поликистозных яичников» Минздрава России (2025) приводится статистика распространенности данного заболевания среди женщин репродуктивного возраста — от 8 до 21 %. Это патология с большой медико-социальной значимостью, трудной диагностикой и лечением?

— Хотя СПКЯ не представляет непосредственной угрозы для жизни пациентки здесь и сейчас, это не делает его безопасным. Было бы ошибкой воспринимать заболевание только как проблему нерегулярного менструального цикла, акне, трудностей с наступлением беременности или гиперандрогенией. Речь идет о патологии, прогрессирующей у многих женщин как хроническое эндокринно-метаболическое состояние. Оно сопровождает пациентку на разных этапах ее жизни, вынуждая ходить по кругу — от гинеколога к эндокринологу, а потом и к кардиологу, поскольку к гинекологическим нарушениям присоединяются такие компоненты метаболического синдрома (МС), как ожирение, нарушения углеводного обмена и дислипидемия, а у некоторых женщин развиваются долгосрочные осложнения СПКЯ: артериальная гипертензия и атеросклероз.

— Каковы нарушения углеводного обмена при этом синдроме?

— В патогенезе варианта СПКЯ с метаболическим фенотипом (мСПКЯ), о котором мы сейчас говорим, ведущую роль играют компенсаторная гиперинсулинемия и инсулинорезистентность (ИР),

включенные в развитие гиперандрогении и овуляторной дисфункции, а значит, и в формирование симптомов, характерных для пациенток с данным диагнозом. СПКЯ — многофакторное заболевание, в основе которого лежит сочетание множества патогенетических причин. Это несоблюдение правил здорового образа жизни и питания, генетическая предрасположенность, абдоминальное ожирение, а также присоединяющиеся хроническое низкоинтенсивное воспаление, дислипидемия и дисфункция жировой ткани, нарушение нейроэндокринной регуляции. Важно понимать, что ИР не прямо пропорциональна массе тела. При СПКЯ патологический ответ на углеводную нагрузку и ИР может встречаться и у пациенток с нормальным индексом массы тела (ИМТ). Хотя ожирение, особенно висцеральное (также именуемое андронидным, или мужским), конечно же, резко усиливает метаболический риск.

При таком типе ожирения жир накапливается в области живота, груди, вокруг внутренних органов. Этот наиболее неблагоприятный тип ожирения, усугубляющий эндокринные нарушения, увеличивающий риск развития МС, сахарного диабета (СД) 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), наиболее характерен для мСПКЯ. Поэтому назначенная терапия должна воздействовать не только на симптомы заболевания, но и на метаболическую основу процесса.

— Почему у пациенток с мСПКЯ жир чаще откладывается по мужскому, а не по женскому типу — на бедрах и ягодицах, что менее опасно в плане развития МС?

— Чтобы ответить на этот вопрос, нужно иметь представление о взаимосвязи эндокринных и метаболических нарушений при мСПКЯ (в том числе функциональной гиперинсулинемии в сочетании с гинекологическими расстройствами — гиперандрогенией, ановуляцией и нарушениями фолликулогенеза). Хочу еще раз подчеркнуть ключевое значение для развития мСПКЯ такого нарушения инсулиновой сигнализации, как компенсаторная гиперинсулинемия. Она развивается на фоне ИР, когда организм,

пытаясь преодолеть недостаточный ответ тканей на инсулин, включает в его избыточную секрецию. Гиперинсулинемия начинает действовать как фактор, усиливающий зависимость от лютеинизирующего гормона (ЛГ) продукцию андрогенов в тека-клетках яичников, снижает в печени синтез глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), благодаря чему резко повышается уровень свободного биологически активного тестостерона, что ведет к усугублению гиперандрогении.

Абдоминальное, или висцеральное, ожирение при СПКЯ связано с сочетанным влиянием ИР и гиперандрогении. Андрогены способствуют перераспределению жировой ткани по центральному типу (вокруг внутренних органов), причем висцеральная жировая ткань метаболически активна: она поддерживает хроническое воспаление, ухудшает чувствительность тканей к инсулину и усиливает атерогенные изменения липидного профиля. Вот почему даже умеренное увеличение массы тела у пациентки с СПКЯ может существенно повлиять на клиническое течение заболевания.

— Значит, сегодня мСПКЯ уже не рассматривается просто как результат неправильной работы яичников, синтезирующих андрогены в большом количестве?

— Именно так. При СПКЯ репродуктивные и метаболические нарушения не существуют параллельно — они взаимно усиливают друг друга. СПКЯ с метаболическим фенотипом рассматривается как замкнутый контур, когда ИР и гиперинсулинемия повышают чувствительность тека-клеток яичников к ЛГ и стимулируют продукцию андрогенов, при этом одновременно снижается уровень ГСПГ, усиливая гиперандрогению. А она, в свою очередь, способствует еще большему росту ИР и прогрессированию перераспределения жировой ткани по мужскому типу. Неотъемлемые компоненты этого замкнутого контура — усугубляющееся нарушение фолликулогенеза и стойкая ановуляция как состояние, при котором не созревает и не выходит из фолликула зрелая яйцеклетка, готовая к оплодотворению. Далее это приводит к разрыванию различных составляющих МС,

хронического провоспалительного статуса, эндотелиальной дисфункции и росту кардиометаболических рисков.

Распространенность МС среди пациенток с СПКЯ составляет примерно 13 %, что почти в 7 раз выше, чем среди здоровых женщин, а распространенность ИР — около 14 %. Однако данная статистика касается уже достаточно серьезных расстройств. При этом расстройства углеводного обмена на начальных стадиях, такие как нарушение толерантности к глюкозе или нарушение гликемии натощак, а также избыточный вес, но еще не ожирение, встречаются у пациенток с СПКЯ гораздо чаще.

У женщин с нормальной массой тела и без метаболических нарушений СПКЯ протекает с иным клеточным и энергетическим статусом, в котором может преобладать активация антиоксидантного звена, что также имеет взаимосвязь с нарушениями фолликулогенеза. Но как только к этому неметаболическому фенотипу у пациентки с СПКЯ (например, следовать рекомендациям по здоровому питанию и физической активности) присоединяется ожирение, приводящее к ИР и гиперинсулинемии, а затем и к усугублению гиперандрогении за счет уменьшения содержания ГСПГ, риск перехода неметаболического фенотипа в метаболический возрастает многократно. К сожалению, этот риск часто воплощается в реальность, то есть в развитие болезни по гораздо более тяжелому и неблагоприятному сценарию.

Модификация образа жизни — базовая часть ведения больной с СПКЯ. Речь идет не о краткосрочной диете, а о долгосрочной стратегии: рациональное питание, регулярная физическая активность, контроль массы тела, сна и стрессовых факторов. Доказано, что умеренное снижение ИМТ — всего на 5 % от исходной избыточной массы тела, а тем более возвращение ИМТ к норме, — приводит к клинически значимому улучшению репродуктивной и метаболической функций у пациенток с СПКЯ. Но если метаболические нарушения уже начали развиваться, одной модификации образа жизни может оказаться недостаточно. Оптимальный вариант — междисциплинарное ведение женщины гинекологом и эндокринологом, а в ряде случаев и репродуктологом, диетологом, психологом с присоединением лекарственной терапии. Гинекологу, диагностировавшему СПКЯ у пациентки с избыточным весом, следует проконсультировать ее у эндокринолога. Точно так же и эндокринолог, который лечит больную с ожирением, предъявляющую жалобы на нарушения менструального цикла, должен направить ее к гинекологу.

В обоих случаях необходимо проверить, нет ли у пациентки метаболических

В фокусе

нарушений. Согласно российским и международным КР, всем пациенткам с СПКЯ независимо от ИМТ и возраста рекомендуется метаболический скрининг (измерение роста, массы тела, окружности талии, артериального давления, расчет ИМТ, определение липидного профиля и гликемического статуса). Наиболее информативным методом оценки углеводного обмена считается пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы, поскольку он позволяет выявить нарушение толерантности к глюкозе даже при нормальной гликемии натощак. В зависимости от исходного риска контроль повторяют в динамике, обычно каждые 1–3 года, а при планировании беременности или наличии факторов риска даже чаще.

Самый главный практический совет коллегам — не ограничиваться только измерением уровня глюкозы натощак у пациентки с СПКЯ и оценкой факторов риска. Ранняя диагностика позволяет вовремя скорректировать метаболический профиль и снизить долгосрочные риски. Ведь если мы выявим метаболические нарушения еще на начальной стадии и порекомендуем грамотное ведение пациентки с ее активным включением и мотивированием, то тем самым поспособствуем сохранению и нормального углеводного обмена, и фертильности. Следует помнить, что СПКЯ — хроническое, часто вялотекущее состояние.

“ Доказано, что у пациенток с метаболическим фенотипом синдрома поликистозных яичников и ановуляторным бесплодием (когда яйцеклетка не созревает, не выходит из фолликула яичника и в нем не образуется желтое тело) метформин может улучшать овуляторную функцию

Метаболические нарушения развиваются постепенно, поэтому важно выявлять их на ранних этапах, до появления клинически выраженного СД или тяжелого МС.

— Еще в 1994 году венесуэльские ученые впервые применили метформин у пациенток с СПКЯ и ожирением.

— Это исследование было направлено на оценку роли ИР в патогенезе СПКЯ. Через 6 месяцев приема метформина (1500 мг в сутки) наблюдалось значительное снижение уровня андрогенов в периферической крови и массы тела. Также была показана эффективность препарата в индукции регулярных овуляторных менструальных циклов. В 2005 году Американская ассоциация клинических эндокринологов (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) рекомендовала метформин в качестве препарата первого ряда для пациенток с СПКЯ

и избыточной массой тела или ожирением. А в 2008 году Американское общество эндокринологов (American Endocrine Society, AEPS) предложило использовать метформин в качестве стартового средства для лечения больных СПКЯ с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ), чтобы предупредить прогрессирование НТГ до СД 2-го типа.

Сегодня метформин — препарат первой линии в терапии нарушений углеводного обмена при мСПКЯ, в патогенезе которого центральное место занимает ИР и формирующаяся в ответ на нее компенсаторная гиперинсулинемия. А метформин как раз на это звено и действует. При этом он не стимулирует непосредственно секрецию инсулина, пытаясь заставить поджелудочную железу выработать его как можно больше. Задача препарата другая: снизить печеночную продукцию глюкозы,

улучшить чувствительность тканей к инсулину и тем самым уменьшить гиперинсулинемию. С позиции современной патогенетической концепции лечения мСПКЯ применение метформина является глубоко обоснованным.

На клеточном уровне метформин влияет на энергетический метаболизм, в том числе через воздействие на комплекс I дыхательной цепи митохондрий (НАДН-дегидрогеназный комплекс). Это запускает сигнальные каскады, которые снижают продукцию глюкозы в печени, повышают чувствительность тканей к инсулину и нормализуют соотношение липолиза и липогенеза. Поэтому при СПКЯ действие препарата следует рассматривать не только как гипогликемическое, но и как системное метаболически модулирующее.

Убедительная доказательная база подтверждает, что метформин у пациентки с мСПКЯ и высоким метаболическим риском, особенно при наличии избыточного веса и нарушении толерантности к углеводам, не только улучшает чувствительность к инсулину, снижает вероятность развития СД 2-го типа и других компонентов МС, но и может способствовать нормализации метаболизма. Но это лишь в том случае, если женщина проявляет достаточную приверженность к подобному лечению и высокую

» с. 10

дальний ПУТЬ ПОД КОНТРОЛЕМ



Равномерное высвобождение действующего вещества в течение суток¹



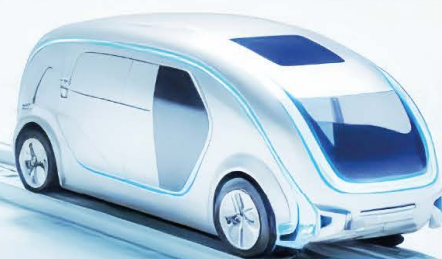
Снижает количество нежелательных реакций со стороны ЖКТ*²



Повышает приверженность к терапии³



препарат для лечения предиабета
и сахарного диабета 2 типа



1. ГРПС ИМП Форметин Лонг. 2. Blonde L, Dailey GE, Jabbar SA, Reasner CA, Mills DJ. Gastrointestinal tolerability of extended-release metformin tablets compared to immediate-release metformin tablets: results of a retrospective cohort study. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):565-72. doi: 10.1185/030079904125003278. PMID: 15119994. 3. Donnelly LA, Morris AD, Pearson ER. Adherence in patients transferred from immediate release metformin to a sustained release formulation: a population-based study. Diabetes Obes Metab. 2009 Apr;11(4):338-42. doi: 10.1111/j.1463-1326.2008.00973.x. PMID: 19267712. * ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников



Реклама

В фокусе

«с. 8

мотивацию к здоровому образу жизни, поскольку препарат не отменяет необходимость модификации питания и физической активности.

— **Положительные эффекты метформина были доказаны и с использованием перорального глюкозотолерантного теста?**

— В исследованиях применялись разные методы оценки углеводного обмена, включающие ПГТТ, исследование уровня гликемии натощак, гликированного гемоглобина (HbA1c) и расчетные индексы ИР. Например, НОМА-IR в таких работах выступает как удобный и доступный расчетный индекс для оценки динамики ИР. При этом определяются гликемия и инсулин натощак и фиксируется базовое состояние углеводного обмена. Однако у пациенток с мСПКЯ «золотым стандартом» оценки метаболических нарушений все же считается ПГТТ, а показатели НОМАIR и HbA1c хотя и важны, но не первостепенны.

— **Как метформин при мСПКЯ влияет на менструальный цикл и овulatory функцию?**

— У пациенток с мСПКЯ на фоне ИР и гиперинсулиемии метформин способствует нормализации менструального цикла и овulatory функции. Причем здесь работает не прямой гормональный, а метаболический механизм. В результате действия препарата снижается гиперинсулинемия и уменьшается стимуляция яичниковой продукции андрогенов, кроме того, повышается уровень ГСПГ, а соответственно, снижается содержание свободного тестостерона, что опосредованно способствует восстановлению фолликулогенеза. В то же время, согласно международным (2023) и отечественным (2025) КР, метформин рекомендован пациенткам с мСПКЯ и гиперандрогенией не для уменьшения выраженности этого и других гинекологических расстройств, а для улучшения метаболических параметров (включая ИР и толерантность к глюкозе), нормализации уровня глюкозы и липидного профиля.

Таким образом, метформин обособленно считается препаратом первой линии для пациенток с мСПКЯ и/или избыточным весом. Он может положительно влиять на менструальный цикл и овulatoryцию у части из них, но не является универсальной терапией гиперандрогении и не назначается рутинно при неметаболическом фенотипе СПКЯ.

— **Как терапия метформином влияет на вероятность наступления беременности?**

— Клинически доказано, что у пациенток с мСПКЯ и ановуляторным бесплодием (при нарушении фолликулогенеза, когда яйцеклетка не созревает, не выходит из фолликула яичника и не образуется желтое тело) метформин может улучшать овulatoryную функцию. Однако это не основной препарат при планировании беременности — в отличие, например, от летрозола, указанного в КР в качестве препарата первой линии для индукции овulatoryции

Ключевые моменты патогенеза

ЛГ-зависимая продукция андрогенов — это синтез под воздействием ЛГ стероидных гормонов, которые отвечают за развитие мужских половых признаков, влияют на множество процессов в организме и присутствуют как у мужчин, так и у женщин, но в разных количествах. Ключевым ферментом синтеза андрогенов служит цитохром P450c17. Его активность при гиперинсулиемии синергично с ЛГ и столь же мощно стимулируется инсулином, что усиливает продукцию андрогенов. Нарушает их биосинтез врожденная дисрегуляция цитохрома P450c17, которая считается наиболее изученным генетическим фактором развития СПКЯ.

ГСПГ — сложный белок, вырабатываемый в основном в печени, он связывается с тестостероном, дигидротестостероном и эстрадиолом, транспортируя эти гормоны в кровь в метаболически неактивной форме, что позволяет регулировать их концентрацию и биодоступность. От уровня ГСПГ зависит, какая часть ключевых половых гормонов будет работать в организме, а какая — нет, что влияет не только на репродуктивную функцию, но и на плотность костной ткани, мышечную массу, либидо, эмоциональный фон и углеводный обмен. При мСПКЯ концентрация свободного тестостерона повышена из-за подавления синтеза ГСПГ в печени на фоне гиперинсулиемии и синтеза белка — на фоне избытка андрогенов. Гиперандрогения при СПКЯ — главная причина нарушений менструального цикла и бесплодия.



у пациентки с СПКЯ и ановуляторным бесплодием. Назначение метформина используется как дополнительная стратегия, особенно при метаболическом фенотипе СПКЯ, ИР, ожирении и риске гиперстимуляции яичников. Его роль заключается в оптимизации метаболического фона, снижении отдельных рисков, подготовке пациентки к беременности, но это не альтернатива репродуктивным технологиям или индукции овulatoryции.

— **Как распределяются роли гинеколога и эндокринолога в лечении мСПКЯ?**

— Именно гинеколог обычно первым видит пациентку с СПКЯ, назначает ей обследование, подтверждает диагноз, исключает другие причины овulatoryрной дисфункции, оценивает риски и проводит так называемый базовый метаболический скрининг, инициирует терапию, в том числе метформином. Взаимодействие гинеколога с эндокринологом осуществляется для углубленной оценки сочетанных рисков (например, СД 2-го типа, нарушений функции щитовидной железы и других эндокринопатий, кожных заболеваний и пр.), а также для выбора оптимальной тактики лечения и профилактики таких расстройств. Однако при высоком кардиометаболическом риске подключение эндокринолога к ведению пациентки обязательно!

Уже много лет в структуре НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова (руководитель — академик РАН, профессор Геннадий Тихонович Сухих) действует Центр телемедицинских консультаций, накопивший большой опыт решения целого спектра гинекологических и эндокринологических вопросов, экспертного обсуждения сложных случаев, маршрутизации пациентки между профильными специалистами, в том числе при СПКЯ. Такая пациентка должна получать не набор разрозненных назначений, а терапию в рамках единой стратегии: репродуктивную, метаболическую и профилактическую. Именно в этом и состоит современный подход к СПКЯ — лечить не менструальный цикл, но пациентку в целом.

— **В чем заключаются преимущества препаратов метформина пролонгированного действия?**

— Преимущество пролонгированных форм метформина прежде всего связано с лучшей переносимостью и приверженностью к терапии. Для женщин с СПКЯ это особенно важно, потому что лечение часто бывает длительным, а пациентка, вероятнее всего, молодого возраста, социально активна, с высокой чувствительностью к побочным эффектам. Если на старте терапии метформином возникают тошнота, дискомфорт в животе, метеоризм или диарея, женщина зачастую

самостоятельно прекращает прием препарата. Пролонгированные формы, например Форметин Лонг (АО «Фармстандарт», Россия), обеспечивают плавное высвобождение препарата и стабильный уровень гликемии. Их принимают 1 раз в сутки, что снижает риск нежелательных явлений (НЯ) и повышает приверженность к лечению. В международном гайдлайне 2023 года указано, что старт с низкой дозы с последующей постепенной титрацией, а также применение форм с пролонгированным высвобождением позволяют минимизировать побочные эффекты и повысить приверженность к терапии. В российских КР 2025 года также подчеркивается, что препараты пролонгированного действия могут снижать риск НЯ.

— **Каков алгоритм назначения пролонгированных форм метформина, таких как Форметин Лонг, пациентке с СПКЯ?**

— Все начинается с правильной оценки состояния пациентки. Назначение пролонгированной формы метформина может быть рассмотрено при СПКЯ с метаболическим фенотипом (ИМТ ≥ 25 кг/м², наличие висцерального ожирения, ИР, предиабета или СД 2-го типа), а также при необходимости улучшить переносимость терапии. Если говорить о Форметине Лонг, то по сравнению с метформином обычного высвобождения препарат имеет более длительный период полувыведения и более низкую пиковую концентрацию. Его потенциальная польза заключается в том, что он помогает реализовать длительную метаболическую терапию с лучшей переносимостью, что, безусловно, обоснованно при данном заболевании. На практике важно соблюдать принцип «низкий старт и постепенная титрация», что еще в 2014 году было прописано для пролонгированных форм в КР Европейского эндокринологического общества по ведению пациенток с СПКЯ и сегодня закреплено как в российских, так и в зарубежных рекомендациях.

Обычно терапию начинают с минимальной доступной дозы пролонгированной формы во время ужина (500–850 мг раз в сутки). Затем дозу постепенно повышают, ориентируясь на переносимость, клиническую цель, функцию почек и инструкцию к конкретному препарату. Через 2 недели после старта терапии доза препарата может быть скорректирована, как и через 3–6 месяцев, в зависимости от показателей ИМТ, результатов ПГТТ и индекса НОМА-IR, липидного профиля и уровня печеночных трансаминаз, готовности пациентки к модификации образа жизни, репродуктивных планов, сопутствующих заболеваний. И обязательно нужно объяснять женщине: метформин не отменяет необходимости правильного питания, физической активности и снижения массы тела, а лишь усиливает эффект этой комплексной стратегии.

Беседовал
Александр Леонидович РЫЛОВ, к.м.н.

На приеме беременная

Роль ожирения и гестационного сахарного диабета в макросомии плода

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – признанный фактор риска макросомии плода. При этом у значительной части беременных с ГСД выявляется ожирение, которое само по себе повышает вероятность рождения крупного ребенка. Является ли связь ГСД с макросомией независимой или она обусловлена сопутствующим ожирением матери? И какой должна быть тактика ведения таких пациенток?



Наталья Алексеевна ГАБИТОВА

Д. м. н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии Академии постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр ФМБА России», Москва

Ожирение – фактор риска гестационного сахарного диабета

Установлено, что индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² – значимый фактор риска развития ГСД. Согласно метаанализу базы данных Системы мониторинга оценки риска беременности, скорректированный относительный риск составляет 2,78 (95 % ДИ 2,6–2,96) независимо от прибавки веса во время беременности (Shin D., 2015). При этом риск возрастает с увеличением степени ожирения: в метаанализе 20 исследований показано, что отношение шансов (ОШ)

развития ГСД у беременных с морбидным ожирением в 8,5 раза выше, чем у женщин с нормальным весом (Chu S.Y., 2007).

ГСД диагностируют примерно у 10 % всех беременных; он характеризуется гипергликемией или любыми нарушениями толерантности к глюкозе.

Осложнения ГСД у будущей матери включают повышенный риск преэклампсии, гестационной гипертензии, оперативного родоразрешения, травм родовых путей, послеродового кровотечения, в дальнейшем – развитие сахарного диабета 2-го типа и метаболического синдрома. У плода и новорожденного ГСД ассоциирован, помимо макросомии, с врожденными пороками развития, родовой травмой, транзиторной гипогликемией, полицитемией, гипербилирубинемией и риском мертворождения (Salameh M.A., 2021).

Ожирение – фактор риска макросомии плода

По данным канадского исследования, у женщин, имевших избыточный вес или ожирение до зачатия, вероятность рождения крупного ребенка была на 60 и 90 % выше соответственно (Vinturache A.E., 2017). Метаанализ, проведенный Dai R.X. и соавт. (2018), подтверждает эту связь: скорректированное ОШ составляет 1,93 (95 % ДИ 1,65–2,27). Установлена количественная

зависимость: масса тела новорожденного увеличивается в среднем на 20,3 г на каждую единицу роста ИМТ матери (1 кг/м²) (Fleten C., 2010).

При макросомии плода возрастает риск родовых травм у матери, оперативных влагалищных родов, кесарева сечения, травмы плода, неонатальной гипогликемии, респираторного дистресс-синдрома. Дети с макросомией имеют повышенный риск развития ожирения и метаболических расстройств в будущем.

Взаимосвязь ожирения с гестационным сахарным диабетом и макросомией плода

Поскольку ожирение матери независимо увеличивает риск как ГСД, так и макросомии плода, Salameh M.A. (2021) высказал предположение, что связь между ГСД и рождением крупного ребенка, вероятно, носит косвенный характер. Если это так, то какую роль играет ожирение во взаимосвязи между ГСД и макросомией? В ходе анализа данных международного исследования НАРО Catalano P.M. и соавт. (2012) обнаружили, что риск макросомии повышается как у женщин с ГСД (ОШ 2,19; 95 % ДИ 1,93–2,47), так и у женщин с ожирением (ОШ 1,73; 95 % ДИ 1,50–2,00). А при сочетании обоих факторов ОШ достигает 3,62 (95 % ДИ 3,04–4,32), что указывает на синергический характер их взаимодействия: ГСД и ожирение усиливают эффект друг друга. Эти данные, по мнению Salameh M.A., дают важную перспективу – ожирение матери выступает более значимым, хотя нередко недооцениваемым, фактором риска макросомии, а ГСД, по-видимому, не столько формирует самостоятельный риск, сколько потенцирует уже существующую связь между материнским ожирением и рождением крупного ребенка. Обе взаимосвязи подтверждаются специфическими патофизиологическими механизмами: роль ГСД объясняют изменения уровня адипонектина и экспрессии микроРНК, а эффект ожирения – изменения уровня лептина.

Оптимальный подход к профилактике макросомии плода

Поскольку ожирение матери и ГСД часто сосуществуют, для врачей остается непростой задачей выбор оптимальной тактики их коррекции. Один из распространенных подходов – снижение риска ГСД через борьбу с материнским ожирением, в частности с помощью физической активности. В исследовании Wang C. и соавт. (2017) регулярные физические

Профилактика макросомии плода

1. Прегравидарная подготовка

- Рекомендуется снижение массы тела для улучшения фертильности и уменьшения риска метаболических осложнений.
- Женщинам с ожирением может быть рекомендован прием фолиевой кислоты.

2. Контроль веса во время беременности

- При ИМТ ≥ 30 кг/м² важно контролировать общую прибавку в весе за всю беременность.
- Снижение веса непосредственно во время беременности не рекомендуется – основной упор делается на предотвращение избыточного набора массы тела.

3. Диета и физическая активность

- Рекомендуется рацион с низким гликемическим индексом: ограничение рафинированных углеводов и насыщенных жиров при достаточном потреблении белка и клетчатки.
- При отсутствии противопоказаний показаны аэробные и силовые упражнения умеренной интенсивности.

4. Медицинский мониторинг

- Важнейший этап – ранний скрининг на ГСД и поддержание целевых уровней глюкозы.
- В III триместре может потребоваться усиленный мониторинг состояния плода и проведение УЗИ для оценки его веса и толщины подкожно-жировой клетчатки.
- При выраженном ожирении (ИМТ ≥ 40 кг/м²) и подозрении на макросомию обсуждается возможность планирования родов для снижения риска осложнений. Индукция родов на 39–40-й неделе у женщин с ожирением сочетается со снижением риска макросомии плода, кесарева сечения, улучшением перинатальных исходов.

Профилактика гестационного сахарного диабета

- **Питание.** Исключение сахара, сладких напитков, кондитерских изделий, ограничение легкоусвояемых углеводов. Основу рациона должны составлять сложные углеводы (овощи, крупы) и пищевые волокна (не менее 28 г в сутки). Рекомендуется 3 основных приема пищи и 2–3 перекуса для поддержания стабильного уровня сахара в крови.
- **Добавки микронутриентов.** Перспективной добавкой является миоинозитол (МИ), повышающий чувствительность к инсулину. Его назначение женщинам с риском ГСД с I триместра беременности до родов приводило к снижению частоты возникновения ГСД более чем на 60 % по сравнению с группой плацебо (Sobota-Grzeszyk A., 2019). Эффективность МИ в профилактике ГСД оценена в систематическом обзоре Кокрейновской базы данных, включившем 7 исследований с участием 1319 женщин на сроке от 10 до 24 недель беременности. Метаанализ показал, что прием МИ может снижать частоту ГСД (ОР = 0,53; 95 % ДИ 0,31–0,90), гипертонических расстройств беременности (ОР = 0,34; 95 % ДИ 0,19–0,61) и преждевременных родов (ОР = 0,35; 95 % ДИ 0,17–0,70) (Motuhifonua S.K., 2023).
- **Физическая активность.** Регулярные аэробные нагрузки (не менее 150 минут в неделю) – ходьба, плавание, йога, аквааэробика.
- **Контроль массы тела** на протяжении всей беременности
- **Мониторинг.** Регулярный самоконтроль уровня глюкозы с помощью глюкометра (натошак и через 1 час после еды).
- **Грудное вскармливание** – снижает риск развития диабета 2-го типа в будущем.
- **Медицинское наблюдение.** Консультации эндокринолога и акушера-гинеколога; при необходимости применение метформина.

упражнения, начатые на ранних сроках беременности, у женщин с избыточным весом и ожирением достоверно снижали частоту развития ГСД, однако не было выявлено статистически значимого снижения частоты макросомии. В то же время метаанализ Horvath K. и соавт. (2010) продемонстрировал, что лечение уже развившегося ГСД – с помощью диетотерапии или инсулинотерапии – приводило к более низкому риску макросомии. Эти данные следует учитывать при выборе стратегии ведения таких пациенток.



Список источников

Актуально

Баланс, близкий к природному. Комбинированный оральный контрацептив с профилем метаболической безопасности



Галина Борисовна
ДИКХЕ

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», Санкт-Петербург, д. м. н., доцент

Просто «таблетка»

Пожалуй, ни одно изобретение не оказало такого значительного влияния на общество во всем мире, как изобретение гормональной контрацепции (ГК): она внесла существенные перемены в экологию, общественную и частную жизнь сотен миллионов человек. Американский журналист Джонатан Эйг (Jonathan Eig) в своем историческом бестселлере «Рождение таблетки» (The Birth of the Pill, 2014) так описал ее значение: «За всю историю медицины были разработаны тысячи лекарств, но только одно из них было достаточно влиятельным, чтобы заработать титул просто «таблетки»». К 1970 году «таблетку» принимали уже около 9 млн американок.

«Вопрос о «таблетках»» получил широкий общественный резонанс из-за побочных эффектов (в первую очередь — случаев венозной тромбоэмболии) и даже был заслушан в Сенате США в 1970 году (Marrs C., 2016). Тема безопасности ГК в отношении венозной тромбоэмболии становилась предметом обсуждения еще в 1934 году в ходе первых испытаний в Пуэрто-Рико (Casey C.L., 2008). Решением этих проблем предстояло заняться разработчикам следующих поколений ГК.

Со времени выпуска первых КОК (1960 год — Enovid, производитель Searle, США; 1961 год — Anovlar, производитель Schering AG, Германия) прошло 65 лет. За эти годы гормональная контрацепция эволюционировала: основными направлениями ее развития были снижение доз эстрогена и совершенствование гестагенов — для повышения безопасности и устранения побочных эффектов.

Использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в современной гинекологии требует баланса между высокой эффективностью и системной безопасностью. Классические КОК, содержащие синтетический этинилэстрадиол (ЭЭ), оказывают стимулирующее влияние на функцию печени, негативно сказываются на липидном профиле и системе гемостаза. Появление биоидентичных эстрогенов открыло новые возможности для минимизации метаболических рисков.

Этинилэстрадиол vs 17-β-эстрадиол

Синтетический этинилэстрадиол имеет этинильную группу в положении 17-α, которая блокирует его быстрое разрушение в печени. Из-за этого пероральный ЭЭ обладает мощнейшим эффектом «первого прохождения» через печень и оказывает агрессивное воздействие на метаболизм, усиливая синтез транспортных белков и факторов свертывания крови, что было описано в фундаментальной работе von Schoultz B. и соавт. еще в 1989 году. Снижение дозы ЭЭ до менее чем 40 мкг улучшило переносимость препаратов и, что важно, позволило вдвое сократить частоту тромботических осложнений. Современные низкодозированные КОК содержат 30–35 мкг ЭЭ, а микродозированные — 15–20 мкг. Однако дальнейшее снижение дозы ЭЭ оказалось нецелесообразным в связи с ухудшением контроля цикла.

С конца 1970-х годов исследователи и производители КОК рассматривали возможность замены ЭЭ натуральным эстрадиолом для улучшения безопасности и переносимости контрацептива. Разными компаниями предпринято более 15 безуспешных попыток создать КОК с натуральными эстрогенами. Во многих случаях переносимость их была низкой: у женщин возникали прорывные кровотечения. В 2009 году эстрадиол, наконец, был введен в состав КОК в виде предшественника активного метаболита — эстрадиола валерата (Э₂V) в комбинации с диеногестом, а в 2011 году — в форме активного 17-β-эстрадиола (Э₂) гемигидрата в комбинации с номегестрола ацетатом (NOMAc).

Углеводный обмен. Ågren U.M. и соавт. (2011) сравнили действие на метаболические параметры КОК с комбинацией Э₂/NOMAc (1,5/2,5 мг) и ЭЭ/левоногестрел (30/150 мкг; «золотой стандарт» сравнения для новых КОК с любыми гестагенами и эстрогенами) в течение 6 месяцев приема. Было показано, что ЭЭ/ЛНГ ухудшает периферическую чувствительность к инсулину, способствуя развитию инсулинорезистентности. Напротив, КОК, содержащий Э₂/NOMAc, продемонстрировал так называемый метаболический нейтралитет. То есть замена ЭЭ на натуральный Э₂ приводит лишь к клинически незначительным колебаниям углеводного обмена, сохраняя баланс инсулина.

Обмен липидов. В той же работе установлено, что печень реагирует на пероральный прием ЭЭ усилением синтеза липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и ведет к росту триглицеридов. Препараты с 17-β-эстрадиолом не вызывают столь сильного печеночного ответа. Уровень триглицеридов при их приеме остается стабильным, а общий баланс холестерина практически не отклоняется от исходных значений пациентки до начала контрацепции.

Влияние на гемостаз является критически важной точкой различия. Проходя через печень, ЭЭ меняет синтез более чем 120 белков плазмы крови (тогда как Э₂ — всего 5), активируя свертывающую систему (увеличение протромбина, фактора VII) и одновременно угнетая противосвертывающую (снижение протеина S), что создает условия для гиперкоагуляции и повышает риски тромбозов. Э₂ значительно слабее связывается с эстрогеновыми рецепторами печени и оказывает минимальное, близкое к физиологическому влияние на систему гемостаза, не вызывая резкого сдвига в сторону образования тромбов, что делает его профиль безопасности более благоприятным. Показатель глобулина, связывающего половые стероиды, был значительно выше в группе Э₂/NOMAc (44 %), чем в группе ЭЭ/ЛНГ (150/30) (22 %, $p = 0,019$). Также, и это важно, круглосуточный мониторинг показал, что применение КОК с Э₂ или Э₂V не влияет на артериальное давление и частоту сердечно-сосудистых сокращений у здоровых женщин среднего возраста (35 лет) (Akintomide H., 2015). Крупное проспективное контролируемое когортное исследование PRO-E2, выполненное Bińkowska M. и соавт. в 2022 году, показало, что относительный риск развития венозного тромбоза у женщин, принимающих КОК с Э₂/NOMAc, статистически не отличался от такового у тех, кто использовал КОК с ЭЭ/ЛНГ. По данным обзора 6 статей, опубликованных после 2011 года, КОК с Э₂ эффективно контролирует аномальные маточные кровотечения, при этом отмечается меньшее число нежелательных явлений и менее выраженное влияние на сердечно-сосудистую систему и протромботический процесс по сравнению с ЭЭ (Nadaletto J.O., 2025).

Левоноргестрел/ дроспиренон vs номегестрол

Синтетические прогестины, содержащиеся в большинстве КОК, структурно связаны либо с тестостероном (эстраны и гонаны), либо с прогестероном (прегнаны и 19-норпрегнаны). Новые прогестины — производные 19-норпрегнана, включая NOMAc, нестерон (сегестерона ацетат) и тримегестон — комбинировались исследователями с ЭЭ, Э₂ и Э₂V. Э₂ в сочетании с NOMAc продемонстрировал отличный результат; в то же время от включения нестерона и тримегестона в состав КОК ученые отказались.

NOMAc — высокоселективный прогестин с исключительно антигонадотропными свойствами. Синтезирован лабораторией Theramex (Монако), введен в клиническую практику в 2011 году фармацевтической компанией MSD (Merck Sharp & Dohme, США) под торговым названием Zoely (в России — Зоэли). В составе — 1,55 мг Э₂ и 2,5 мг NOMAc в монофазном режиме 24 + 4 (Mueck A.O., 2011).

В отличие от многих синтетических прогестинов, NOMAc не оказывает андрогенного, эстрогенного, глюкокортикоидного и минералокортикоидного действия, при этом характеризуется умеренной антиандрогенной активностью и выраженным антиэстрогенным влиянием на эндометрий.

Синергичное действие Э₂ и NOMAc обеспечивает надежную контрацепцию, стабильный контроль менструального цикла, не вызывая клинически значимых побочных эффектов.

Эффективность. Более короткий интервал без приема таблеток приводит к большему подавлению активности яичников и, следовательно, к лучшей контрацептивной эффективности. Максимальный диаметр фолликулов >15 мм (значение, указывающее на фолликулярную активность, связанную с овуляцией) наблюдался у двух женщин в группе ЭЭ/дроспиренон (ДРСП), но ни у одной женщины в группе Э₂/NOMAc. В первом цикле исследования отмечалось большее снижение вероятности проникновения сперматозоидов через цервикальную слизь (оценка по шкале Инслера) в группе Э₂/NOMAc (–74 %) по сравнению с группой ЭЭ/ДРСП (–56 %) (Akintomide H., 2015). Кроме того, после

Междисциплинарный подход

Пролапс тазовых органов: симптомы могут быть обманчивыми

О стадии пролапса не всегда можно судить по жалобам пациентки: порой даже при выраженном смещении органов женщина не испытывает существенного дискомфорта, тогда как небольшое опущение может значительно влиять на качество жизни.

Как оценивать клиническую ситуацию, когда достаточно консервативного лечения, а когда необходима операция, и почему после коррекции пролапса может возникнуть недержание мочи, рассказывает Геворг Рудикович КАСЯН, заведующий Урологическим центром ММНКЦ им. С.П. Боткина.



многоплодия или крупного плода, ожирения, генетической предрасположенности. Кроме того, каждые последующие роды увеличивают риск пролапса на 10–20 %.

— Помимо беременности и родов, что еще следует учитывать в качестве факторов риска?

— Как я уже упомянул, к тазовой несостоятельности приводят интенсивные силовые нагрузки и поднятие тяжестей, особенно с задержкой дыхания. Поэтому в настоящее время эта патология чаще встречается у спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой и прыжками. Такие виды спорта сопровождаются высокой нагрузкой на мышцы тазового дна и повышением внутрибрюшного давления. Этот же механизм действует при хроническом кашле, например у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, поэтому они тоже относятся к группе риска.

— Если говорить о группах пациентов с пролапсом, какие фенотипы стоит выделить?

— Условно женщин можно разделить на тех, кто предъявляет жалобы, например на проблемы с мочеиспусканием, недержанием кала, и тех, кто не отмечает подобных симптомов даже при выраженном пролапсе. Последних, скорее, беспокоит ощущение инородного тела во влагалище. Это два разных фенотипа, и подход к таким пациенткам также должен различаться.

— И в том и в другом случае пролапс может быть очень большим. Значит ли это, что женщина долго не обращалась к врачу либо он пропустил ранние симптомы заболевания?

— Надо начать с того, что пролапс — это достаточно обобщенное понятие. Анатомически патология выражается в смещении тазовых органов (мочевыводящего пузыря, матки или различных отделов кишечника) за пределы тазового кольца с выходом во влагалище или же их смещение до уровня гименального кольца. Это своего рода грыжа, только

влагалищная. Механизм формирования всех грыж одинаков: фасция, удерживающая органы в нужном положении, истончается или разрывается, вследствие чего происходит их смещение.

При тазовом пролапсе в промежность могут выпадать мочевой пузырь, матка либо прямая кишка. Это зависит от того, в каком отделе таза образовались дефекты. Если дефект локализован в переднем отделе, происходит смещение мочевого пузыря (цистоцеле), в верхнем (апикальном) — опущение матки либо свода влагалища, в заднем — выпячивание прямой кишки (ректоцеле). Нередко встречаются сочетанные формы — например, передний и апикальный пролапс. Это один из наиболее распространенных видов патологии, при котором одновременно смещаются мочевой пузырь, матка и стенки влагалища. Следовательно, когда мы говорим о типе пролапса, то подразумеваем конкретные анатомические ориентиры, а именно периферическое смещение той или иной стенки влагалища.

Однако анатомические параметры — лишь один из критериев оценки пролапса, второй — жалобы пациентки. Это принципиально важная разница. Мы прекрасно понимаем, что устранить смещение гораздо проще, чем избавить женщину от неприятных симптомов. Например, пациентку беспокоят частые пробуждения ночью — она связывает их с позывами к мочеиспусканию. При этом у нее действительно может быть опущение мочевого пузыря, но само по себе оно не обязательно является причиной нарушения сна. Даже если мы успешно проведем коррекцию смещения, проблему бессонницы это не решит. С другой стороны, если женщина утром не успевает добежать до туалета, операция, напротив, ей поможет. Поэтому наша задача при сборе анамнеза — понять,

что именно беспокоит пациентку и связано ли это с пролапсом. В противном случае ее ожидания не оправдадут даже безупречно выполненное вмешательство.

— Если симптомы, с которыми к вам обратилась пациентка, действительно связаны с пролапсом, то в каких случаях, на какой стадии заболевания вы считаете нужным проводить хирургическое вмешательство, а когда стоит порекомендовать консервативное лечение?

— При определении стадии мы ориентируемся не на симптомы, а на классификацию POP-Q, в соответствии с которой степень опущения определяется путем измерения стандартных точек, обозначающих положение и размеры структур тазового дна. При I и II стадиях наиболее пролабирующая точка располагается выше или на уровне гименального кольца, что, как правило, не приводит к неприятным симптомам. В таких случаях пациентки чаще обращаются к врачам из-за наличия схожих проблем у их родственниц, и это еще не хирургическая проблема. На ранних стадиях пролапса можно применять консервативные методы — упражнения для мышц тазового дна, местную гормональную терапию, в некоторых случаях — лазерные технологии.

А вот если появились симптомы, то чаще всего речь уже идет о III или даже IV стадии. Когда мы видим несоответствие жалоб стадии пролапса, необходимо провести повторный осмотр на гинекологическом кресле — например, утром и вечером. Утром состояние может быть близким к норме, а вечером, когда связки растягиваются, тазовые органы могут выходить за пределы гименального кольца. Иногда для более точной оценки осмотра проводят под легкой седацией. Если подтверждается выраженный



“ Когда мы видим несоответствие жалоб стадии пролапса, необходимо провести повторный осмотр на гинекологическом кресле — например, утром и вечером

Междисциплинарный подход

пролапс, пациентке можно рекомендовать хирургическую коррекцию.

— Есть ли противопоказания к такой операции?

— Как и в случае любого хирургического вмешательства, основным противопоказанием является тяжелая соматическая патология. Если не удастся добиться компенсации сопутствующего заболевания, то мы рекомендуем использование пессариев. В настоящее время разработано достаточно модификаций этих медицинских изделий, и их применение позволяет решить часть проблем у женщин, которым в силу различных причин операция не рекомендована.

— Вы упомянули сопутствующие заболевания. А является ли противопоказанием прием антикоагулянтов?

— Нет, не является. Гепариновый мостик перед операцией позволяет не опасаться кровотечения. Кроме того, все риски оцениваются совместно с анестезиологом и, конечно, обсуждаются непосредственно с пациенткой.

— В последнее время появилось много новых методик хирургического устранения пролапса — с использованием как собственных тканей, так и искусственных имплантатов. Какие у них преимущества и недостатки?

— Существуют четкие принципы применения биологических и синтетических материалов. Если обобщить, выбор зависит в первую очередь от состояния тканей, дефект которых привел к развитию пролапса. Если мы видим разрыв фасции, его можно ушить, восстановив целостность ткани с использованием биологических материалов — ксено-, ауто- или аллотрансплантатов. Со временем трансплантат замещается собственными тканями, при этом риск отторжения значительно ниже, чем синтетических материалов. Однако ушивание дефекта не гарантирует, что пролапс не возникнет вновь. К сожалению, риск рецидива заболевания при использовании биологических материалов достигает 30 %, поскольку сохраняются факторы, способствующие развитию заболевания, — слабость связочного аппарата и нагрузка на тазовые органы.

Если же фасция разрушена или ткань достаточно «изношена», то поставить качественную «заплатку» с помощью трансплантата на них не удастся, приходится прибегать к синтетическим материалам, то есть к сетке. Она будет предотвращать натяжение собственных тканей и препятствовать выпадению органов в промежность. Риск рецидива пролапса в этих случаях не превышает 5 %. Однако использование синтетических имплантатов сопряжено с риском других осложнений, в частности отторжения материала.

— Зависит ли выбор доступа от используемого материала или он диктуется типом пролапса?

— Традиционно для коррекции пролапса используется влагалищный, трансабдоминальный или лапароскопический доступ. Выбор зависит, скорее, не от того, что мы будем

использовать — биологические ткани или синтетическую сетку, а от конкретной клинической ситуации.

Влагалищный доступ позволяет хорошо визуализировать область вмешательства и оценить степень и локализацию пролапса. Кроме того, такая операция менее травматична и в то же время дает возможность провести одновременно коррекцию сразу нескольких дефектов. В настоящее время и в России, и за рубежом разработаны эффективные технологии с использованием влагалищного доступа, которые позволяют надежно укреплять стенки влагалища.

Лапароскопический доступ имеет свои преимущества. Работая со стороны брюшной полости, хирург может видеть все органы малого таза и одновременно решать другие проблемы, связанные с сопутствующей патологией. Использование роботических технологий дополнительно снижает травматизацию тканей и риск послеоперационных осложнений, в частности при постановке сетчатого имплантата. Правда, такие вмешательства обычно занимают больше времени и могут быть противопоказаны пациенткам с тяжелой соматической патологией.

Выбор доступа зависит и от локализации пролапса. Например, при апикальном пролапсе, когда происходит опущение матки, чаще рекомендуется лапароскопический доступ. При дистальном — цистоцеле или ректоцеле — обычно прибегают к вагинальному доступу, так же как и при косметических дефектах.

Нередко мы сочетаем оба доступа, но при этом важно понимать, какие именно проблемы беспокоят пациентку. Для женщин старшей возрастной группы чаще всего приоритетом является быстрая и надежная коррекция с минимальной травматизацией. Пациенткам репродуктивного возраста, помимо устранения пролапса, нередко требуется решить и другие проблемы — например, связанные с патологией матки или последствиями разрывов промежности после родов. В таких случаях возникает необходимость комбинировать лапароскопический и вагинальный доступы.

— Насколько часто встречается ситуация, когда после операции по поводу пролапса может возникнуть осложнение в виде недержания мочи?

— Да, такое возможно. Чтобы прогнозировать результат вмешательства, надо учитывать фенотип пациентки. У женщин с незначительным опущением, у которых нет жалоб на недержание мочи, риск его возникновения после операции минимален. Не менее четкий прогноз и у пациенток, предъявляющих жалобы и на опущение, и на недержание мочи: им нередко показано хирургическое вмешательство, которые позволит решить обе проблемы.

Несколько сложнее определить прогноз у пациенток, которые отмечают лишь дискомфорт, связанный с опущением. Нередко при осмотре на гинекологическом кресле выявляется скрытое недержание мочи. Связано это с обструкцией

На приеме: сбор анамнеза

Ответы на эти вопросы помогут врачу соотнести данные осмотра пациентки с ее жалобами и подобрать оптимальную тактику лечения.



Жалобы

- Что именно вас беспокоит?
- Ощущаете ли вы инородное тело, давление или выпячивание во влагалище?
- Когда появились эти симптомы? Меняются ли они в течение дня?
- Насколько эти ощущения мешают вашей повседневной жизни?



Мочеиспускание

- Есть ли у вас недержание мочи? Если да, то в каких ситуациях оно возникает?
- Бывают ли внезапные сильные позывы к мочеиспусканию?
- Приходится ли вам часто вставать ночью, чтобы сходить в туалет?
- Испытываете ли вы затруднения при мочеиспускании или ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря?



Связь симптомов с пролапсом

- Усиливаются ли жалобы при длительном положении стоя, физической нагрузке, кашле?
- Отличаются ли ощущения утром и вечером?
- Проявляются ли симптомы только в определенном положении тела или при конкретной нагрузке?



Ожидания от лечения

- Что бы вы хотели изменить с помощью лечения?
- Какой результат для вас будет самым важным?
- Рассматриваете ли вы хирургическое вмешательство или предпочитаете начать с консервативных методов?

мочеиспускательного канала из-за его перегиба вследствие опущения основания мочевого пузыря. Придание ему анатомически правильного положения в 30–40 % случаев приводит к расстройству мочеиспускания. И об этом женщину необходимо обязательно предупредить.

— Зависит ли риск гиперкоррекции недержания мочи от доступа?

— Есть исследования, которые показывают, что лапароскопические, роботические операции сопряжены с более высоким риском гиперкоррекции, тогда как вагинальные вмешательства отличаются большей безопасностью. Однако при выборе доступа следует учитывать множество факторов и при необходимости оба вида доступа можно сочетать.

— Появились ли инновационные методы лечения пролапса? Могут ли женщине помочь лазерная коррекция, лифтинг, использование нитей?

— Такие технологии применяют преимущественно при незначительном опущении либо при косметических дефектах. При недержании мочи они могут дать лишь временный эффект либо выступать в качестве профилактической меры. При выраженном пролапсе такие методы не могут заменить полноценную хирургическую коррекцию.

— Стоит ли прибегать к операции с целью профилактики недержания — например, если при осмотре гинеколога или уролога выявил опущение органов малого таза?

— К нам нередко обращаются женщины, у которых диагностировано опущение и при этом нет жалоб на недержание мочи, но, видя подобные проблемы у родственников или знакомых, они хотели бы предотвратить их появление у себя. Обычно при пролапсе I–II стадии прибегают к помощи амбулаторных урологов, которые могут выполнить лазерную коррекцию или рекомендовать упражнения Кегеля. Однако если женщина беспокоится по поводу прогрессирования заболевания, то мы советуем ей проводить динамическое наблюдение — один или два раза в год приходить на осмотр к врачу.

— Коррекцией пролапса занимаются и урологи, и гинекологи. Различаются ли у них подходы к ведению пациенток?

— Принципиально не имеет значения, какой специалист проводит операцию. Однако есть важный нюанс: послеоперационные осложнения, которые, к сожалению, случаются, как правило, связаны с урологическими проблемами, в частности с нарушением мочеиспускания. У нас в Урологическом центре Боткинской больницы вмешательства при опущении органов малого таза выполняют урологи. И у наших пациенток всегда есть возможность при необходимости к нам вернуться. Мы не оставляем женщин один на один с осложнениями и готовы заниматься их лечением на любом этапе — независимо от того, когда проблема возникла.

Беседовала

Татьяна Викторовна ШЕМИШУР

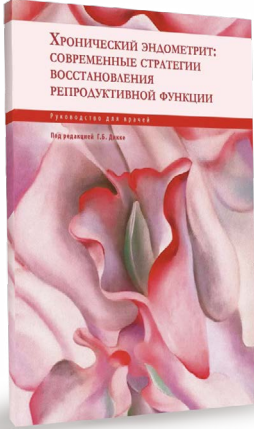
Книжная полка



Ожирение и ассоциированные заболевания. Консервативное и хирургическое лечение. Руководство для врачей

Под ред. С.Ф. Багненко, Е.В. Крюкова. СПб.: СпецЛит; 2022. 478 с.

Данное руководство остается одним из фундаментальных отечественных междисциплинарных изданий по консервативному и хирургическому (бариатрическому) лечению метаболического синдрома. На основании многолетнего практического опыта и обобщения мировых достижений авторы излагают современные взгляды на ожирение как на коморбидную патологию, его этиопатогенез и методы лечения. Серьезным достоинством руководства является его комплексный и системный характер, поскольку впервые в отечественной литературе лечение ожирения рассматривается с позиции не только терапевтических, но и хирургических подходов, что потребовало привлечения в авторский коллектив экспертов более 10 врачебных специальностей. Издание предназначено для эндокринологов, терапевтов, врачей общей практики, ординаторов и студентов медицинских вузов.



Хронический эндометрит: современные стратегии восстановления репродуктивной функции

Под ред. Г.Б. Дикке. Москва: «ИД «Симон-пресс», 2026. 176 с.

В руководстве изложены основные вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики хронического эндометрита. Материал дополнен рисунками и таблицами, которые облегчают его восприятие. Большое количество научно-практической информации представляет интерес для практикующих акушеров-гинекологов, врачей лабораторной и ультразвуковой диагностики. Издание предназначено для клинических ординаторов, специализирующихся в области акушерства и гинекологии, специалистов, проходящих обучение в системе последипломного образования, акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей.

ФЕМИБИОН®

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



БЕЗ АЛЛЕРГЕНОВ,
БЕЗ ГМО



БЕЗ ГЛЮТЕНА



ОТСУТСТВУЮТ СВИНОЙ
ЖЕЛАТИН И ЖИР



БЕЗ ЛАКТОЗЫ

1. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетрашвили 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. РЕКЛАМА. R1346730-23042025-НСР

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ