



Тема номера: Невынашивание и недонашивание беременности

Ретрохориальная гематома
и кровотечения в I триместре
беременности

с.2

Выкидыш на раннем сроке:
внимание к деталям

с.4

Календарь мероприятий
для акушеров-гинекологов
на 2019 г.

с.6

Роль магния в формировании
и развитии здорового
организма

с.8

Слово редактора



Галина Борисовна ДИККЕ

Главный редактор газеты «Акушерство и гинекология сегодня», д.м.н., доцент, эксперт РАН, временный советник ВОЗ по проблеме ИПП/ВИЧ и нежеланной беременности, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины, ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф. И. Иноземцева», Санкт-Петербург

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Хочется поздравить вас с выходом нового издания, которое вы сейчас держите в руках. Что мы хотим предложить вашему вниманию? И что бы вы хотели увидеть на его страницах?

Актуальная и объективная информация о новых достижениях и современных подходах к акушерской помощи, диагностике и лечению гинекологических заболеваний, организации здравоохранения, юридической помощи медицинским работникам сегодня востребована как никогда, особенно среди специалистов практического звена. Однако отделить зерна от плевел – задача непростая, и мы взяли ее на себя. Все материалы будут представлены на самые актуальные темы по материалам последних научных публикаций и выступлений известных ученых с конкретной информацией по применению достижений медицинской науки в практике.

Настоящий выпуск газеты «Акушерство и гинекология сегодня» посвящен невынашиванию и недонашиванию беременности – теме, которая открывает новые перспективы преодоления проблемы относительного бесплодия и обретения счастья материнства и отцовства тысячами женщин и мужчин, но еще далека от своего окончательного решения.

Призываем вас к активному обсуждению этих и других вопросов, которые мы будем поднимать в следующих выпусках. Это поможет всем нам повысить качество медицинской помощи, будет способствовать распространению и внедрению передового клинического опыта в области акушерства и гинекологии.

Успехов вам!

Актуальное интервью

В эпицентре женского здоровья

Изменения, происходящие в последние годы в российском здравоохранении, в большой степени затрагивают первичное звено, амбулаторно-поликлиническую службу. О том, какая роль ей отводится в сохранении здоровья женщин, мы беседуем с д.м.н., профессором Верой Николаевной Прилепской.

– Уважаемая Вера Николаевна, каково ваше мнение о роли амбулаторно-поликлинической службы в сохранении здоровья женщин?

– Я считаю, что амбулаторно-поликлиническая служба – важнейшее звено оказания медицинской помощи женщинам и поддержки подростков. Именно такая служба не только помогает больным женщинам, но и способствует раннему выявлению заболеваний и их профилактике у здоровых пациенток.

– Меняется ли роль амбулаторно-поликлинической службы с течением времени, каковы тенденции последних лет?

– В современном мире, в условиях постоянной модернизации здравоохранения, ее роль возрастает. Увеличивается объем амбулаторно-поликлинической помощи в городах за счет стационаров дневного пребывания и внедрения в них стационарозамещающих технологий. В дальнейшем стоит цель обеспечить соотношение амбулаторной и стационарной медицинской помощи

60 к 40% в крупных городах. Необходимо снизить время ожидания визита к врачу – амбулаторно-поликлиническая помощь должна стать максимально доступной. В то же время есть проблема с доступностью профессиональной помощи у женщин, проживающих в сельской местности, а таких почти 20 млн.

Продолжается оснащение новым диагностическим оборудованием лечебных учреждений первичного звена – новыми аппаратами ультразвуковой диагностики, рентгеновскими установками, эндоскопами, электрокардиографами, лабораторным оборудованием.

Амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам должна включать в себя и врачей смежных специальностей – неврологов, педиатров, урологов, психологов. В крупных городах (Москва, Санкт-Петербурге) практически все женские консультации объединены с акушерскими стационарами, что позволяет более активно привлекать других специалистов к оценке состояния здоровья беременных женщин и гинекологических больных.



Вера Николаевна ПРИЛЕПСКАЯ

Д.м.н., профессор, замдиректора Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества по контрацепции, член президиума Европейского общества гинекологов и Европейской федерации по патологии шейки матки и кольпоскопии

– Вера Николаевна, вы являетесь научным руководителем ежегодного конгресса с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы», на котором рассматриваются самые актуальные проблемы амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии с акцентом на современные методы диагностики и лечения.

– Конечно, междисциплинарные взаимодействия крайне важны и активно реализуются – сейчас повсеместно проводятся круглые столы, конференции и интерактивное обучение.

Перед нами стоит важная задача национального масштаба, поставленная президентом, – увеличение рождаемости, снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Необходимо развивать успехи последних лет и продолжать совершенствование профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин.





Сегодня уровень использования гормональной контрацепции в странах Евросоюза женщинами репродуктивного возраста достигает

22–50 %

В России этот показатель составляет, по разным данным,

4–15 %



Кстати, следующий, 25-й ежегодный конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы» пройдет со 2 по 4 апреля 2019 года в Москве. На него соберутся практикующие врачи-клиницисты, ведущие научные сотрудники вузов, организаторы здравоохранения. Приедут и наши зарубежные коллеги. Программа обещает быть очень насыщенной и интересной.

– В повышении рождаемости и снижении заболеваемости главное место отводится профилактике?

– Да, профилактике как аборт, так и заболеваний. Так, показатели активного выявления злокачественных новообразований в целом по России не соответствуют современным возможностям медицины, что говорит о настоятельной необходимости совершенствования работы в этом направлении. Для того чтобы охватить профилактическим осмотром большее количество женщин, при поликлиниках необходимо восстановить деятельность смотровых кабинетов. Осмотр всех женщин, обратившихся в поликлинику, с проведением цитологического скрининга может стать резервом снижения онкологических заболеваний женских половых органов, выявления рака на ранних стадиях.

Важный аспект деятельности женской консультации – профилактика аборт, это одна из серьезных медико-социальных проблем.

– В последние годы наметилась четкая тенденция к снижению числа абортов.

– Безусловно, число искусственно прерванных беременностей в России с каждым годом неуклонно снижается благодаря более широкому использо-

ванию контрацепции. Если в начале 1990-х гг. этот показатель превышал 3 млн в год и наша страна занимала одно из ведущих мест по количеству абортов в мире, то сейчас он впервые опустился ниже 800 тыс. и по классификации ООН Россия вошла в число стран со средним уровнем абортов. Сегодня число искусственно прерванных беременностей составляет 16 на 1000 женщин репродуктивного возраста. В среднем на одну женщину приходится 0,8 аборта в течение жизни. Но резервы для снижения количества абортов еще есть: формирование ответственного общественного мнения, а также психологических установок у женщин, прибегающих к аборту, связанных с активным использованием ими современных контрацептивов. Сегодня уровень использования гормональной контрацепции в странах Евросоюза женщинами репродуктивного возраста достигает 22–50 %, в России этот показатель, по разным данным, составляет от 4 до 15 %.

Существенная роль в профилактике абортов отводится взаимодействию учреждений здравоохранения с органами образования, общественными организациями, сотрудничеству с негосударственными и религиозными организациями по информационной и образовательной деятельности, особенно среди подростков и молодежи, по формированию ответственного отношения к своему здоровью и репродуктивному поведению. Но я бы уточнила – проблема рациональной контрацепции, предназначенной для профилактики абортов и безопасного материнства, что является приоритетной задачей современной медицины, должна решаться с учетом социальных, экономических,

демографических и медицинских задач, стоящих перед обществом.

– Вера Николаевна, под вашим непосредственным руководством создано Российское общество по контрацепции. Просветительская деятельность общества способствует снижению числа абортов, профилактике нежеланной беременности и повышению рождаемости.

– Российское общество по контрацепции было учреждено в 1993 году, а через год оно вошло в состав Европейского общества по контрацепции и сейчас по числу членов занимает в нем второе место. За это время подготовлено и проведено много форумов, конгрессов, выпущены книги, руководства, рекомендации для гинекологов. Растет международное сотрудничество, члены общества принимают активное участие в образовательных мероприятиях в России и за рубежом.

– Под вашей редакцией создано «Руководство по контрацепции». Оно много раз переиздавалось и дополнялось целой серией руководств по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья, монографиями, российской версией критериев приемлемости ВОЗ, которые стали настольными книгами не только для акушеров-гинекологов, но и для врачей смежных специальностей.

– Я и мои коллеги, принимавшие участие в создании этих руководств, рады их востребованности у докторов и надеемся, что все мы вместе, ориентируясь на последние достижения науки и, самое главное, на пациента, приложим все усилия к сохранению здоровья Женщины.

Записала Надежда Алова

Конгресс-update

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ВЕРСИИ И КОНТРВЕРСИИ

Практически ни один крупный гинекологический форум, на котором собираются специалисты из разных стран, не обходит своим вниманием тему преждевременных родов. Не стал исключением и проходивший 14–19 октября 2018 г. в Рио-де-Жанейро XXII Международный конгресс акушеров-гинекологов (FIGO). Однако некоторые из прозвучавших на конгрессе тезисов могут показаться спорными. Предлагаем ознакомиться с ними, а также представляем другие мнения.

ВЕРСИИ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РОЖДЕНИЯ

Agustin Conde-Aguledo, Колумбия

Короткая шейка матки, условно определяемая при трансвагинальной сонографии менее 25 мм в среднем триместре беременности, имеет высокую прогностическую точность для преждевременных родов (ПР) менее 34 недель и от средней до низкой – для ПР менее 37 недель как одноплодной, так и многоплодной беременности. Несколько мер были предложены для предотвращения ПР у женщин с высоким риском. Текущие доказательства эффективности имеют следующие вмешательства. При одноплодной беременности показаны:

- 17-α-гидроксипрогестерон капроат – для женщин с ПР в анамнезе;
- влагалистный прогестерон – у бессимптомных женщин с сонографически короткой шейкой матки, независимо от ПР в анамнезе;
- цервикальный серкляж – только у женщин с ПР и короткой шейкой матки;
- пессарий не дал убедительных доказательств (противоречивые результаты).

При многоплодной беременности:

- 17-α-гидроксипрогестерон капроат противопоказан;
- вагинальный прогестерон уменьшает частоту ПР и неблагоприятные перинатальные результаты у женщин с короткой шейкой матки, но необходимы дальнейшие исследования;
- цервикальный серкляж и пессарий – не было показано, что они уменьшают частоту ПР или неблагоприятные перинатальные исходы.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РОЖДЕНИЯ

Rodrigo Zamora, Мексика

К настоящему времени мультиплексные анализы (биомаркеры) являются потенциальным технологическим достижением для идентификации преждевременных родов, хотя на сегодняшний день нет ни одного из них, ни их комбинации, которые могут быть полезны для прогнозирования риска ПР.

КОНТРВЕРСИИ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И КОРОТКОЙ ДЛИНОЙ ШЕЙКИ МАТКИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

G. Saccone, G. M. Maruotti, A. Giudicepietro, P. Martinelli, Италия
JAMA. 2017; 318(23): 2317–24

Среди женщин без предшествующих самопроизвольных ПР, у которых были одноплодные беременности без симптомов ПР и короткая длина шейки матки, использование цервикального пессария по сравнению с отсутствием его использования приводило к более низкой частоте спонтанных ПР при сроке беременности менее 34 недель – относительный риск 0,48 (95 % ДИ: 0,24–0,95). Результаты этого одноцентрового, неслепого исследования среди отобранных беременных женщин требуют подтверждения в многоцентровых клинических испытаниях.

ПЕССАРИЙ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДВОЙНОЙ И КОРОТКОЙ ШЕЙКОЙ МАТКИ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (PECEP-TWINS)

M. Goya, M. de la Calle, L. Pratcorona, C. Merced, C. Rody, D. Mucoz et al., Испания
AJOG. 2016; 214(2): 145–52

Введение цервикального пессария было связано со значительным снижением частоты ПР по сравнению с выжидательной тактикой – относительный риск 0,41 (95 % ДИ: 0,22–0,76). Мы предлагаем использовать цервикальный пессарий для предотвращения ПР при беременности двойней у матерей с короткой шейкой матки.

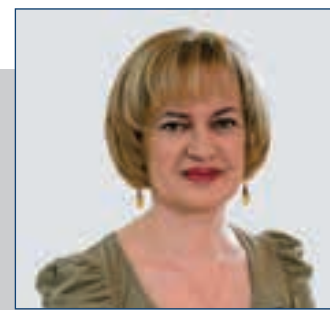
ДИАГНОСТИКА ВЫСОКОГО РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ОСНОВАНИИ БИОХИМИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

Г. Б. Дикке, Россия

Акушерство и гинекология. 2018; 7: 108–13

По результатам клинических исследований, опубликованных в англоязычной и отечественной литературе в открытых базах данных, определено значение и эффективность биохимических тестов для диагностики высокого риска преждевременных родов (ПР). Определение ПАМГ-1 для диагностики ПР имеет показатели чувствительности 84 %, специфичности – 95 %, положительное прогностическое значение – 77 % и отрицательный прогноз – 97 % и является более надежным методом, чем определение фФН, фПСИФР-1 или измерение длины шейки матки, и связано с сокращением финансовых расходов. Использование тест-набора для определения ПАМГ-1 наиболее эффективно по сравнению с другими методами и позволяет избежать неверной постановки диагноза и ненужной госпитализации.

Ретрохориальная гематома и кровотечения в I триместре беременности



Ирина Всеволодовна КУЗНЕЦОВА

Д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Понятие внутриматочной гематомы объединяет ретрохориальную, ретроплацентарную и субамниотическую гематомы, которые встречаются в популяции беременных женщин с распространенностью 81, 16 и 4 % соответственно. Среди них особо выделяется ретрохориальная, или субхориальная, гематома, значимость которой оценивается не только в связи с самой высокой распространенностью, но и по причине наибольшего числа негативных исходов беременности.

Ретрохориальная гематома представляет из себя кровоизлияние, связанное с отслойкой хориона. В свою очередь, отслойка хориона в I триместре беременности классифицируется как угрожающий самопроизвольный выкидыш вне зависимости от наличия или отсутствия кровяных выделений из половых путей. То есть диагноз «угрожающий выкидыш» правомочен при наличии следующих критериев: кровяные выделения любой интенсивности; выявление ретрохориальной гематомы по результатам УЗИ, в том числе без наружного кровотечения; соответствие эхографических параметров плодного яйца и эмбриона сроку гестации.

Риск самопроизвольного выкидыша не зависит от наличия вагинального кровотечения, расположения и размера гематомы, но повышается в 2–4 раза при появлении гематомы до 9 недель гестации. Поэтому очевидно, что механический эффект – отслойка хориона – если и играет, то совсем небольшую роль в прерывании беременности. Гораздо более значимый фактор – локальная активизация Th-1 звена клеточного иммунитета, развитие воспалительной реакции с повышением сократительной активности миометрия, микроциркуляторными тромботическими реакциями, разрывом плодных оболочек.

Нарушения локального иммунного ответа при наличии здорового продукта зачатия обусловлены дисбалансом провоспалительных и противовоспалительных факторов на уровне эндометрия. Избыточный воспалительный ответ может возникать при инфекционных поражениях женских половых путей, неинфекционных заболеваниях, ассоциированных с хроническим воспалением, таких как эндометриоз, хронические воспалительные заболевания органов малого таза и др., а также первично иммунных нарушениях, в частности антифосфолипидном синдроме. Возможной причиной избыточного воспаления признается недостаточность прогестерона.

Вне зависимости от происхождения кровоизлияния и его характера (ретрохориальная гематома, наружное кровотечение) повреждение, сопровождающее отслойку хориона, инициирует воспалительный каскад, который может стать причиной выкидыша. Но и в случаях преодоления угрозы прерывания беременности наличие кровоизлияния существенно повышает вероятность развития осложнений гестационного процесса, в том числе «больших акушерских синдромов» – преэклампсии, задержки развития плода, преждевременных родов. При «пережитой» угрозе самопроизвольного выкидыша достоверно повышаются риски гестационной гипертензии (относительный риск (ОР) 2,1; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,5–2,9), преэклампсии (ОР 4,4; 95 % ДИ 2,4–6,7), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ОР 5,6; 95 % ДИ 2,8–11,1), низкого гестационного возраста (ОР 2,4; 95 % ДИ 1,4–4,1), преждевременных родов (ОР 2,3; 95 % ДИ 1,6–3,2), дистресс-синдрома плода (ОР 2,6; 95 % ДИ 1,9–3,5), антенатальной гибели плода (ОР 2,8; 95 % ДИ 1,7–3,4).

Сиюминутные (самопроизвольный выкидыш) и перечисленные отдаленные последствия отслойки хориона не должны игнорироваться. Долгое время бытовавший на Западе наблюдательный подход к кровотечениям и ретрохориальной гематоме в I триместре беременности сейчас кардинально пересмотрен. Угрожающий выкидыш необходимо лечить, и единственным эффективным методом терапии являются прогестагены.

Эндогенный прогестерон недаром получил свое название от латинского pro gestatio – «для беременности». К его функциям относятся: подготовка эндометрия к имплантации (секреторные изменения), регуляция клеточного иммунитета, снижение сократимости гладких мышц матки, влияние на эндотелий сосудов и кровотока в эндометрии (повышение выработки оксида азота). В контексте лечения угрожающего выкидыша принципиально важным свойством прогестагенов является местное и системное противовоспалительное действие. Снижение системного воспалительного ответа под действием прогестерона подтверждается, в частности, существенным уменьшением уровней С-реактивного белка. На местном уровне прогестерон противодействует некоторым провоспалительным эффектам эстрадиола, снижая экспрессию матриксных металлопротеиназ, фактора некроза опухоли, некоторых интерлейкинов. Наконец, прогестерон влияет на местную воспалительную реакцию через иммунные механизмы. Экзогенные прогестагены обладают перечисленными свойствами прогестерона и на этом основании используются для терапии угрожающего выкидыша.

Несколько представителей лекарственной группы прогестагенов применяются в клинической практике в нашей стране. Дидрогестерон назначается при диагнозе «угрожающий самопроизвольный выкидыш» по следующей схеме: первый прием – 40 мг, далее по 10 мг 3 р/сут до 20 недель беременности с постепенной отменой в течение двух недель. Доказательная база использования дидрогестерона представлена систематизированным обзором пяти рандомизированных контролируемых исследований, показавшим, что отношение шансов самопроизвольного выкидыша у женщин, принимающих дидрогестерон в связи с наличием ретрохориальной гематомы или наружного кровотечения, составляет 0,47 (95 % ДИ 0,31–0,7). Это означает, что вероятность невынашивания беременности у пациенток, принимающих дидрогестерон, снижается на 53 % по сравнению с женщинами, не получающими терапии прогестагенами.

Микронизированный прогестерон также может назначаться женщинам с угрожающим выкидышем. Рекомендованная терапевтическая доза составляет 600 мг/сут в 3 приема. Вагинальный путь введения предпочтителен, поскольку минимизирует риск побочных эффектов. Применение микронизированного прогестерона в дозе 600 мг следует продолжать до полного купирования симптомов. В дальнейшем осуществляется последовательный переход на дозу 400 и 200 мг/сут (снижение дозы до 200 мг проводится не ранее 12 недель беременности). Длительность применения препаратов прогестерона варьирует в зависимости от клинической ситуации. Если не возникает других поводов для прогестагенной терапии (например, укорочение шейки матки), прогестерон отменяется к 20–22-й неделе беременности.

Важной частью стратегии улучшения исходов беременности и снижения рисков невынашивания является профилактика привычного выкидыша. Диагноз привычного выкидыша может быть поставлен при наличии трех и более последовательных самопроизвольных выкидышей. Однако вероятность потери беременности существенно повышается уже после двух выкидышей, поэтому инициировать обследование, направленное на выяснение причин данного осложнения, и проводить прегравидарную подготовку для снижения его риска необходимо при наличии в анамнезе двух выкидышей подряд.

Вне зависимости от причины привычного выкидыша прегравидарная подготовка осуществляется с помощью прогестагенов. Дидрогестерон назначается в дозе 20 мг/сут, доза прогестерона варьирует от 200 до 800 мг. Более важным фактором, впрочем, признается не доза, а время назначения прогестагенов. Начало терапии по факту установления беременности считается запоздалым, поскольку избыточная воспалительная реакция формирует осложнения беременности уже с момента имплантации. Поэтому применять прогестагены женщинам с привычным выкидышем следует преемственно, в условно фертильном цикле.

При наличии овуляции и секреции собственного прогестерона экзогенные гормоны, назначенные во второй фазе менструального цикла, чаще всего не способны сдержать отторжение эндометрия, наступающее вслед за спадом уровней стероидов. В связи с этим режим 10–14-дневного приема прогестагенов нецелесообразен. Гораздо логичнее применение прогестагенов в потенциально фертильном цикле вплоть до начала менструации. Если же менструация задерживается, то выполнение исследования на уровень хорионического гонадотропина позволяет удостовериться в наступившей беременности или ее отсутствии. При отрицательном результате теста прогестагены отменяются, и в следующем менструальном цикле, если женщина по-прежнему планирует беременность, прием их возобновляется с предполагаемых перiovуляторных дней или сразу после диагностированной овуляции. При подтверждении беременности применение прогестагенов продолжается. Тем самым удается избежать резких колебаний уровня прогестагенов и снизить вероятность отслойки плодного яйца. Рандомизированные, в том числе плацебо-контролируемые исследования, обобщенные в мета-анализе, подтвердили эффективность преемственного назначения прогестагенов женщинам с привычным выкидышем.

Таким образом, несмотря на сохранение высокого уровня распространенности самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, сегодня у нас есть достаточный ресурс для решения задачи пролонгирования беременности при наличии жизнеспособного плода.

Выкидыш в ранние сроки беременности: внимание к деталям

В июне 2016 года в практику российского акушерства и гинекологии были введены клинические рекомендации «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения», основанные на большом клиническом опыте ведущих отечественных экспертов и современных принципах доказательной медицины. Подробно с документом можно ознакомиться на сайте Минздрава, а в формате этой публикации предлагаем читателям обзор основных тезисов.

Самопроизвольный выкидыш – одно из самых распространенных осложнений гестации: может сопровождать от 10 до 20 % всех клинически диагностированных беременностей. Известно, что до 80 % случаев беременности прерывается на сроке до 12 недель. Согласно действующим рекомендациям ВОЗ, о выкидыше можно говорить в ситуации самопроизвольного прерывания беременности или экстракции эмбриона массой до 500 г в гестационном сроке до 22 недель. В настоящее время ряд терминов претерпели изменения, что в немалой степени обусловлено обновлением системы знаний о клинических вариантах данного осложнения и более глубокими акцентами на вопросы медицинской этики (табл. 1).

ФАКТОРЫ РИСКА

Общепризнано, что причинами спорадических ранних выкидышей служат хромосомные аномалии, анатомические особенности, инфекционные, эндокринные, иммунологические факторы.

Потеря беременности может быть обусловлена возрастом матери (например, вероятность выкидыша в 20–30 лет составляет 9–17%, а в 45 лет – 80 %), употреблением алкоголя и чрезмерным увлечением кофеином, курением, заболеваниями женщины (тромбофилия, СПКЯ, болезни щитовидной железы, некомпенсированный сахарный диабет), ожирением, репродуктивно-значимыми инфекциями, приемом препаратов, обладающих тератогенным эффектом, антидепрессантов, цитостатиков и др., выкидышами в анамнезе, аномалиями репродуктивных органов, ранее перенесенными гинекологическими операциями, влиянием ионизирующего излучения, пестицидов и других токсических веществ.

Кроме того, вероятность прерывания беременности повышается на фоне лихорадочных состояний, травмы плодного яйца, дефицита фолиевой кислоты.

Табл. 1. Терминология, рекомендуемая для использования

Рекомендуемый термин	Ранее используемый термин	Определение
Самопроизвольный выкидыш	Самопроизвольный аборт	Потери беременности, происходящие до 22 нед. с весом плода менее 500 г
Угрожающий выкидыш	Угроза прерывания беременности	Кровянистые выделения из матки до 22 нед. гестации
Выкидыш в ходу	Аборт в ходу	Выкидыш неизбежен, продукт зачатия находится в процессе изгнания из матки
Неполный выкидыш	Неполный аборт	Часть продуктов зачатия осталась в полости матки
Полный выкидыш	Полный аборт	Выкидыш произошел полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве
Неразвивающаяся беременность	Замершая беременность	УЗИ подтвердило нежизнеспособность плода, кровотечения нет
Инфицированный (септический) выкидыш	Септический аборт	Выкидыш, осложненный инфекцией органов малого таза
Привычный выкидыш	Привычное невынашивание беременности	3 или более выкидышей подряд у одной и той же женщины
Беременность неизвестной (неясной) локализации		Отсутствие УЗИ-признаков маточной или внематочной беременности при положительном ХГЧ-тесте
Беременность неопределенной жизнеспособности		Средний внутренний диаметр плодного яйца менее 20 мм, желточный мешок или плод не видны или КТР эмбриона менее 6 мм без сердцебиения
Внематочная беременность	Внематочная беременность	Локализация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости)
Анэмбриония	Анэмбриония	Имплантация оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки произошла, но развития плода не начинается. В полости матки определяется плодное яйцо с или без желточного мешка, эмбриона нет
Гестационная трофобластическая болезнь	Трофобластическая болезнь	Патология трофобласта, также известна как пузырный занос (полный или частичный)

ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА

Диагноз раннего выкидыша основывается на анализе жалоб пациентки, анамнеза, осмотра, клинических и инструментальных методов обследования.

Среди жалоб особого внимания клиницистов заслуживает наличие обильных кровянистых выделений из половых путей (в среднем 25 % беременностей на сроке до 22 недель сопровождается кровотечением, причем 12–57 % из них оканчиваются выкидышем), боли в нижней части живота и поясничной области на фоне задержки менстру-

ации. В процессе сбора анамнеза необходимо выяснить:

- характер менструального цикла и дату последней менструации;
- исходы предыдущих гестаций, особенно наличие выкидышей;
- гинекологические заболевания и операции;
- указание на применение ВРТ;
- заключение УЗИ (если было);
- наличие симптомов ранних сроков беременности;
- наличие специфических симптомов и их характеристики (вагинального

кровотечения, боли, синкопальных состояний при перемене положения тела, рвоты, боли в плече);

- выделение из половых путей продуктов зачатия (элементов плодного яйца).

Всем женщинам репродуктивного возраста при выявлении указанных жалоб обязательно следует выполнить исследование сыворотки крови на беременность.

Физикальное обследование предусмотрено в следующем объеме:

- температура тела, ЧСС, частота дыхания, артериальное давление;

Новости

Влияние мужского фактора

Зарубежные исследования последнего десятилетия, посвященные эпидемиологическим и генетическим аспектам невынашивания и недонашивания беременности, накопили достаточную доказательную базу, подтверждающую, что самопроизвольные аборты достоверно связаны с нарушением морфологии сперматозоидов и структуры их ДНК.

Модификация гистонов, метилирование ДНК, эпигенетические трансформации, включение протамина в хроматин – все эти факторы могут оказывать негативное влияние на развивающийся сперматозит и, как следствие, на репродуктивные исходы в отдаленном будущем.

Многие исследования демонстрируют убедительную статистику:

- 70 % потенциальных отцов имеют аномалии строения или развития сперматозоидов;
- до 70 % всех случаев недонашивания или невынашивания беременности связано с генетическими дефектами сперматозоидов;
- 60 % бесплодных браков, более 50 % беременностей, которые имеют пороки плода, обусловлены мужским этиопатогенетическим фактором.

Ключевым механизмом повреждения сперматозоидов зачастую выступает окислительный стресс. Следовательно, с целью снижения вероятности фрагментации ДНК сперматозоидов возможно с успехом использовать антиоксидантную терапию.

P. Gharagozloo et al. провели 20 клинических исследований, посвященных изучению эффективности применения антиоксидантов в циклах вспомогательных репродуктивных технологий, и в 19 из них получили доказательное снижение уровня окислительного стресса в исследуемых клетках. Также в их экспериментах получены свидетельства улучшения подвижности сперматозоидов, в частности у мужчин с явлениями астеноспермии. В 10 из 20 исследований наблюдалось достоверное повышение частоты наступления беременности.

На сегодняшний день многие специалисты убеждены, что назначение антиоксидантов мужчинам в прегравидарный период будет способствовать масштабному улучшению репродуктивных исходов.

Практикующим врачам следует проводить беседы с парами, готовящимися к зачатию, об эффективности прекоцепционных мероприятий, которые в условиях современности перестают быть прерогативой будущих мам, а подразумевают активное включение в них мужчин.

- обследование живота (болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, вздутие, наличие свободной жидкости);
- влагалищное исследование (осмотр при помощи зеркал, бимануальное исследование).

Как можно раньше пациентке необходима ультразвуковая диагностика, причем оптимальным методом обследования признано трансвагинальное УЗИ. Важно, что диагноз неразвивающейся беременности должен быть подтвержден двумя врачами функциональной диагностики с сохранением всех полученных в ходе исследования данных на бумажном и электронном носителях. В табл. 2 представлены основные критерии, на которые должен опираться врач при верификации осложнений ранних сроков беременности.

Особенно внимательно следует относиться к постановке диагноза «неразвивающаяся беременность» до 8 недель гестации (в том числе у пациенток без каких-либо клинических симптомов), когда женщине может быть рекомендовано хирургическое или другое медицинское вмешательство.

Дополнительно необходимо применять исследования гормонального статуса, в частности уровня прогестерона и ХГЧ.

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

В I триместре при угрожающем и начавшемся выкидыше в отсутствии клинически значимого маточного кровотечения, инфекции, существенного болевого синдрома и нарушений гемодинамики допустимо применение выжидательной тактики. Сомнительные ультразвуковые данные служат показанием для динамического УЗИ-наблюдения за состоянием пациентки в условиях гинекологического стационара. Однако следует учитывать, что выжидательная тактика может иметь в качестве исхода неполный аборт и необходимость опорожнения матки в дальнейшем.

Медикаментозную терапию назначают для пролонгирования беременности (при угрожающем или начавшемся выкидыше) и для завершения беременности (при неразвивающейся гестации). При начавшемся выкидыше женщину следует госпитализировать в гинекологическое отделение, где для купирования болевого синдрома допустимо назначение дротаверина гидрохлорида в дозе 40–80 мг (2–4 мл) в/в или в/м. При выраженных кровянистых выделениях из половых путей назначают транексамовую кислоту 750–1500 мг в сутки: при обильном кровотечении допустимо в/в введение препарата по 500–1000 мг в сутки на протяжении 3 дней; при умеренном кровотечении – внутрь по 250–500 мг 3 раза в день в течение 5–7 дней.

Применение гестагенов при привычном выкидыше доказанно снижает часто-

Табл. 2. Ультразвуковые критерии диагностики осложнений ранних сроков беременности

Осложнение	Определение	Ультразвуковые характеристики
Анэмбриональная беременность	Беременность, при которой плодное яйцо развивается без эмбриона	Плодное яйцо > 13 мм без желточного мешка или > 18 мм без эмбриона, или пустой зародышевый мешок за 38 дней беременности (интервал роста не более 1 нед.). Амниотическая полость без желточного мешка и эмбриона при гестационном сроке более 6 нед. при регулярном менструальном цикле
Полный выкидыш	Матка полностью опорожнилась от продуктов зачатия	Пустая полость матки; эндометрий может быть утолщен
Внематочная беременность	Беременность вне полости матки; чаще всего в маточной трубе, но может также быть в шейке матки, добавочном роге, яичнике или брюшной полости	Пустая полость матки; могут быть увеличенные придатки матки или жидкость за маткой; признаки гравидарной гиперплазии эндометрия, обнаружение эктопически расположенного эмбриона является важным диагностическим, но редким признаком
Неразвивающаяся беременность	Беременность прекратила развитие, гибель эмбриона или плода; зев шейки матки закрыт, кровотечения нет	Эмбрион ≥7 мм без сердечной деятельности или < 7 мм (прирост не более 1 нед.)
Неполный выкидыш	Выкидыш произошел, но в полости матки остались продукты зачатия	Гетерогенные и/или гиперэхогенные полосы вдоль эндометрия или канала шейки матки (фрагменты плодного яйца или хориальной ткани)
Выкидыш в ходу	Зев матки раскрыт, вагинальное кровотечение, деформированное плодное яйцо в нижней части полости матки или цервикальном канале	Эмбрион виден; сердечная деятельность плода может быть или отсутствовать; признаки тотальной или субтотальной отслойки плодного яйца
Септический выкидыш	Неполный выкидыш, связанный с восходящей инфекцией матки, параметральной клетчатки, придатков матки или брюшины	Признаки полного или неполного выкидыша. Признаки ВЗОМТ, в т.ч. УЗ признаки параметрита, tuboовариальных образований, абсцесса малого таза
Угрожающий выкидыш	Кровотечение до 22 нед. беременности, зев шейки матки закрыт; плод жизнеспособен; выкидыш может не произойти	Признаки отслойки плодного яйца с формированием гематомы: ретроамниальной — более благоприятный вариант; ретрохориальной — менее благоприятный вариант

ту этого осложнения в сравнении с плацебо и отсутствием терапии (ОР 0,53; 95 % ДИ 0,35–0,79). Дидрогестерон при угрожающем выкидыше назначают по схеме: 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов, при привычном выкидыше – по 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности с постепенным снижением. Микронизированный прогестерон применяют в обеих клинических ситуациях интравагинально, по 100–200 мг 2 раза в сутки до 12-й недели гестации. Однако следует помнить о недопустимости одно-временного назначения представленных гестагенов.

Для завершения прерывания беременности при неполном опорожнении полости матки хорошим уровнем доказательности обладает медикаментозный метод с использованием мизопростола (800 мкг вагинально или 600 мкг

внутрь, повторить через 3 часа при необходимости). При неполном выкидыше, сопровождающемся кровотечением, или в случае присоединения инфекции показано хирургическое вмешательство.

Ткань, полученная в результате выкидыша, должна быть отправлена на гистологическое исследование для подтверждения наличия маточной беременности, а также исключения внематочной беременности или трофобластической болезни (уровень доказательности рекомендаций С).

ПРОФИЛАКТИКА

В качестве профилактики инфекционных осложнений после хирургического лечения рекомендовано на предоперационном этапе назначить пациентке однократно 100 мг доксициклина. Данных в пользу рутинной антибиотикопрофилактики в настоящее время не

Общепризнано, что причинами спорадических ранних выкидышей служат хромосомные аномалии, анатомические особенности, инфекционные, эндокринные, иммунологические факторы.

существует. Однако при условии выявления у пациентки ВЗОМТ антибактериальную терапию необходимо продолжать до 5–7 дней.

Список литературы находится в редакции.

Новости

Дефицит витамина D повышает риск невынашивания

Данные исследования были опубликованы в издании «Ланцет: диабет и эндокринология» (The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2018). Около 1200 участниц эксперимента сдавали анализы для определения насыщенности организма витамином D дважды: до зачатия и на 8-й неделе беременности. Исследование показало, что у женщин с достаточной концентрацией витамина D в организме на 10 % выше шанс

успешного зачатия. И на 15 % ниже риск выкидыша по сравнению с теми, у кого количество этого витамина оказалось меньше нормы. Полученные результаты согласуются с выводами предыдущих исследований о важности витамина D для здоровья матери и ребенка. Например, ранее эксперты обнаружили влияние «солнечного витамина» на вероятность удачного ЭКО и защиту от преждевременных родов.



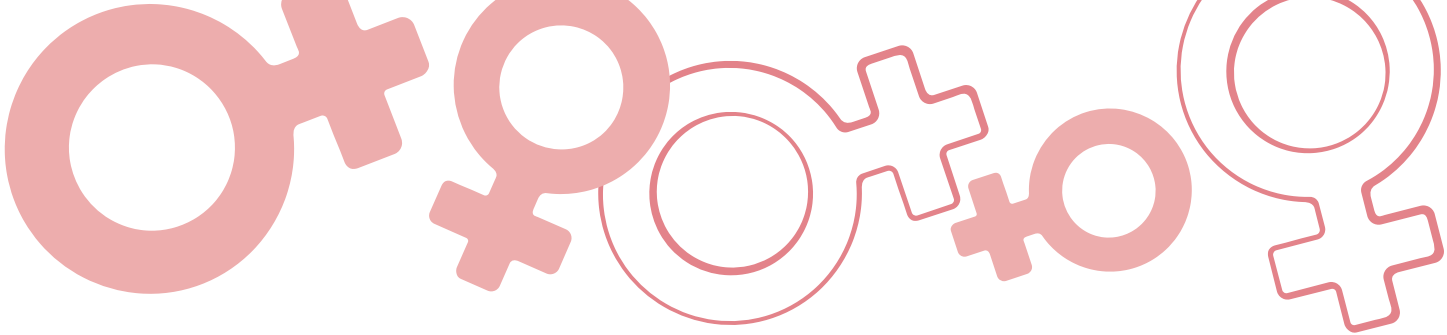


Календарь мероприятий 2019

самое важное и актуальное

ЯНВАРЬ	ФЕВРАЛЬ	МАРТ	АПРЕЛЬ	МАЙ	ИЮНЬ
Пн 7 14 21 28 Вт 1 8 15 22 29 Ср 2 9 16 23 30 Чт 3 10 17 24 31 Пт 4 11 18 25 Сб 5 12 19 26 Вс 6 13 20 27	Пн 4 11 18 25 Вт 5 12 19 26 Ср 6 13 20 27 Чт 7 14 21 28 Пт 1 8 15 22 Сб 2 9 16 23 Вс 3 10 17 24	Пн 4 11 18 25 Вт 5 12 19 26 Ср 6 13 20 27 Чт 7 14 21 28 Пт 8 15 22 29 Сб 2 9 16 23 30 Вс 3 10 17 24 31	Пн 1 8 15 22 29 Вт 2 9 16 23 30 Ср 3 10 17 24 Чт 4 11 18 25 Пт 5 12 19 26 Сб 6 13 20 27 Вс 7 14 21 28	Пн 6 13 20 27 Вт 7 14 21 28 Ср 1 8 15 22 29 Чт 2 9 16 23 30 Пт 3 10 17 24 Сб 4 11 18 25 Вс 5 12 19 26	Пн 3 10 17 24 Вт 4 11 18 25 Ср 5 12 19 26 Чт 6 13 20 27 Пт 7 14 21 28 Сб 1 8 15 22 29 Вс 2 9 16 23 30
18 Россия, Москва Научно-практическая конференция «Репродуктивная медицина XXI века. Взгляд экспертов» www.expodata.info 18–21 США, Сан-Антонио Конференция «Визуализация матери и плода — достижения в ультразвуковой диагностике в гинекологии» www.worldclasscme.com 21–24 Россия, Москва XIII Международный конгресс по репродуктивной медицине www.reproductive-congress.ru 25–26 Испания, Барселона Конференция «Прогресс и противоречия в онкогинекологии» www.eventegg.com 26 Россия, Москва 1-й научно-образовательный форум акушеров-гинекологов Московской области «Кесарево сечение: старые проблемы, новые решения» www.moniiag.ru	7–9 Россия, Санкт-Петербург V Общероссийская конференция с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» www.praesens.ru 21–22 Франция, Париж 21-я Международная конференция по гинекологии, акушерству и женскому здоровью www.waet.org 21–23 США, Орlando Конференция по неонатологии www.neoconference.com	14–16 Италия, Турин 4-й Европейский конгресс «Внутриутробное развитие» www.mcascientificevents.eu/ecic 18–19 Австралия, Сидней 8-й Всемирный конгресс по женскому бесплодию www.midwifery.nursingconference.com 18–20 Великобритания, Лондон Всемирная встреча экспертов по вопросам родовспоможения www.frontiersmeetings.com 25 Орlando, США Гинекологическая конференция www.gynaecology.bioleagues.com	2–4 Россия, Москва XXV Юбилейный всероссийский конгресс с международным участием и специализированной выставочной экспозицией «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы» www.mediexpo.ru 8–9 ОАЭ, Абу-Даби Международная конференция по женскому здоровью, репродукции и фертильности www.reproduction.conferenceseries.com 8–10 Великобритания, Лондон 2-я Международная конференция по гинекологии www.gynecology.scientifictree.com 16–18 Россия, Москва III Научно-практическая конференция с международным участием «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья детей и молодежи» www.reg.mediexpo.ru 23–24 Германия, Берлин 4-я международная конференция по репродукции и медицине www.reproductivehealth.insightconferences.com	16–18 Россия, Москва VII Общероссийский конгресс с международным участием «Ранние сроки беременности: от прегравидарной подготовки к здоровой гестации. Проблемы ВРТ» www.praesens.ru 28–30 Россия, Москва 8-й Московский международный курс под эгидой ISUOG и РАСУДМ «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода» www.mediexpo.ru 29–01.06 Италия, Флоренция 10-й Международный симпозиум, посвященный диабету, гипертонии и метаболическому синдрому во время беременности www.comtecmed.com	22–23 Чехия, Прага 4-й Всемирный конгресс по акушерству и гинекологии www.pcscongress.com/gogc2019 23–26 Австрия, Вена Европейский конгресс по репродукции и эмбриологии www.eurolink-tours.com 26–28. Россия, Сочи XII региональный научно-образовательный форум и Пленум Правления Российского общества акушеров-гинекологов «Мать и дитя 2019» www.mother-child.ru







Деринат®

при подготовке к ЭКО

эффективен при ВЗОМТ (эндометритах),
нарушении рецептивности, «тонком» эндометрии

На правах рекламы

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

3–5
Великобритания, Лондон
Международная конференция и выставка, посвященные женскому здоровью
www.iwomenhealthconference.com

26–27
Австралия, Мельбурн
Гинекологический конгресс
www.clocate.com

13–14
Италия, Венеция
21-я Международная конференция по гинекологии, акушерству и бесплодию
www.waet.org

19–20
Новая Зеландия, Окленд
10-я Международная конференция по гинекологии, акушерству и женскому здоровью
www.gynecology.healthconferences

26–27
ОАЭ, Дубай
Саммит по эмбриологии и генетике
www.conference-service.com

7–10
Россия, Сочи
XII Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии, X Всероссийская научно-практическая конференция и выставка «Главврач XXI века»
www.praesens.ru

11–14
Турция, Стамбул
14-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине
www.theconferencewebsite.com

19–20
США, Майами
2-й Всемирный конгресс по акушерству и гинекологии
www.clocate.com

24–28
США, Нэшвилл
44-я ежегодная встреча Международной урологинекологической ассоциации
www.iugameeting.org

7–8
Испания, Мадрид
6-я Международная конференция по акушерству и гинекологии
www.gynecology.conferenceseries.com

9–10
ОАЭ, Дубай
Международная конференция по акушерству и гинекологии
www.gynecology.scitechconferences.com

16–19
Австрия, Вена
13-й конгресс Европейского общества гинекологов
www.esg2019.esgynecology.org

18–19
Россия, Ростов-на-Дону
III Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: донские сезоны»
www.praesens.ru

14–16
Россия, Москва
Российский научно-практический конгресс «Гинекологическая эндокринология в возрастном аспекте: проблемы и решения»
www.reg.mediexpo.ru

14–16
Россия, Москва
VI Общероссийская конференция «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»
www.praesens.ru

21–23
Франция, Париж
27-й Всемирный конгресс «Контраверсии в акушерстве, гинекологии и бесплодии»
www.cogi-congress.org

30–03.12
Австралия, Мельбурн
19-й Всемирный конгресс по детской и подростковой гинекологии
www.wcpag2019.org



Фетальное программирование. Роль магния в формировании и развитии здорового организма

Г. Б. Дикке, д.м.н., профессор

Английский поэт и философ Самуэль Колридж еще в XVIII веке писал: «История человека в течение девяти месяцев, предшествующих его рождению, вероятно, намного более интересна и содержит больше событий, чем все последующие семьдесят лет жизни». Конечно, он и не подозревал, что спустя много лет эти слова будут подкреплены концепцией фетального, или эпигенетического, программирования, которая является одним из самых волнующих вопросов современной медицины.

Некоторые исследователи предполагают, что все процессы, происходящие во время эмбрионального развития, оказывают влияние на фенотипические модификации, возникающие после рождения.

Британский эпидемиолог Дэвид Беркер был первым, кто выдвинул концепцию программирования фенотипа (2001). Он выявил связь между рядом патологий во взрослом возрасте и массой тела при рождении. Дальнейшие исследования открывали новые причинно-следственные связи, подтверждающие концепцию фетального программирования.

По систематизированным данным, приведенным в обзоре Э. М. Джобава (2018), можно выделить следующие эпигенетические ветви перинатального программирования, имеющие весомую доказательную базу.

1 Низкий вес при рождении и гипоксия ассоциированы с метаболическим синдромом, ожирением, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2-го типа, ишемической болезнью сердца, остеопорозом во взрослой жизни.

2 Макросомия плода и ожирение матери связаны с инсулинорезистентностью, манифестирующей в детском возрасте, отставанием в умственном развитии, а также с удвоенными шансами развития метаболического синдрома к 11 годам жизни.

3 Кортизол-обусловленные эффекты, начинающие свое действие при стрессовых ситуациях во время беременности, также могут инициировать целый ряд запрограммированных последствий для будущего организма: хроническую гипоксию и гипотрофию плода, нарушения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы ребенка, астму, когнитивные нарушения, девиантное поведение,

метаболический синдром, гиперфагию во взрослой жизни.

4 Недостаток нутриентов у беременных:

- витамина D, фосфора, кальция – приводит к остеопорозу в детском возрасте;
- железа, фолиевой кислоты, витаминов группы В, цинка, меди, витамина Е, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, витамина А, аминокислот – запускает эпигенетические процессы влияния на показатели гипоксии, смертности, повышает риск преждевременных родов, развития пищевой аллергии у ребенка в первый год жизни, тормозит его моторное и когнитивное развитие, снижает остроту зрения;
- магния – обуславливает сахарный диабет, ожирение, неврологические нарушения, задержку психомоторного развития, гипертензионно-гидроцефальный синдром и эписиндром у новорожденных. Помимо этого, повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний, появляется предрасположенность к умственной и физической отсталости.

Фетальное программирование тесно связано с понятием нутритивного (пищевое) программирования – процессом, посредством которого изменение качества или количества питательных веществ, потребляемых во время беременности, оказывает постоянное воздействие на развивающийся плод и здоровье человека в будущем.

Первые 1000 дней жизни (270 дней беременности + 365 дней первого и 365 дней второго года жизни) являются возможностью благоприятно повлиять на многие аспекты долговременного здоровья.

Характер питания будущей матери и ребенка в критические периоды жизни предопределяет (программирует) особенности его метаболизма на протяжении всей жизни и, как следствие, предрасположенность к опре-



Начальный дефицит магния

- несбалансированное питание
- юные беременные
- женщины с дефицитом витаминов группы В

Повышенная потеря магния

- длительный прием оральных контрацептивов до наступления беременности
- прием диуретиков (за исключением калий-сберегающих)
- хронический стресс
- рвота в I триместре

Недостаток магния во время беременности

- синдром потери плода
- преэклампсия
- гипотрофия плода
- преждевременные роды в анамнезе
- гипертоническая болезнь
- метаболический синдром
- синдром поликистозных яичников
- сахарный и гестационный диабет

Фетальное программирование связано с понятием нутритивного программирования, при котором качество и количество питательных веществ, получаемых во время беременности, оказывает воздействие на развивающийся плод и здоровье человека в будущем.

деленным заболеваниям и особенно – стадиям их течения.

Основной индикатор достаточности питания – масса тела при рождении – играет важнейшую роль для отдаленного прогноза состояния здоровья.

МАГНИЙ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Из нарушений элементного статуса, наблюдающихся у женщин, наиболее распространенным является дефицит магния. Его недостаток во время беременности может повлечь за собой массу нежелательных последствий как для ма-

тери, так и для плода. Данные двух отечественных многоцентровых исследований MAGIC и MAGIC 2 свидетельствуют о серьезных масштабах данной проблемы: гипомagneмия была выявлена у 81,2 и 80,9 % беременных соответственно.

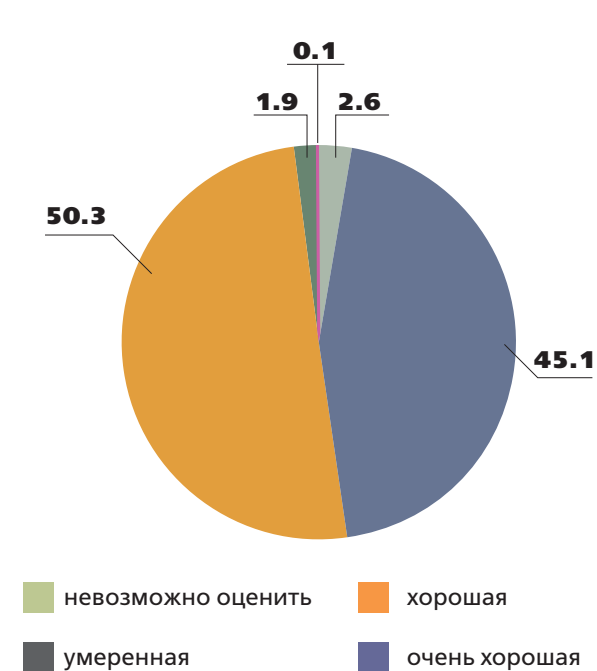
Повышенная потребность в магнии при беременности возникает не только по причине роста плода, но и в силу изменений в организме женщины. Это – увеличение массы матки от 100 до 1000 г, увеличение общей массы крови на 20–30 %, рост молочных желез, повышение уровня эстрогенов, альдо-

[illegible]

Рис.1. Оценка специалистами эффективности препаратов магния у беременных (%)



Рис.2. Оценка специалистами переносимости препаратов магния у беременных (%)



Данные более 20 научных исследований и многолетний успешный опыт применения препаратов органических солей магния определили их важное место в главах и разделах Национального руководства по акушерству (2015), Клинических рекомендаций по акушерству и гинекологии (2016), Руководстве по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии (2016), посвященных профилактике и терапии тяжелых осложнений у беременной и плода.

Международный экспертный совет по проблемам дефицита магния в акушерстве (2015), а также положения резолюции Национального совещания «Мультидисциплинарный подход к коррекции магниевой дефицитных состояний» (2015) рекомендуют принимать активные меры по информированию пациентов о проявлениях магниевой дефицита.

К сожалению, даже при регулярном употреблении пищи с большим содержанием магния его дефицит не может быть восполнен в полной мере ввиду низкой биодоступности этого микроэлемента, которая связана, во-первых, с наличием в продуктах фитатов или оксалатов и, во-вторых, с состоянием секреции соляной кислоты желудочного сока.

Лечение дефицита магния необходимо проводить на основании установленного диагноза «Е61.2. Недостаточность магния», что должно быть отражено в амбулаторной карте беременной женщины.

Компенсация дефицита магния должна быть комплексной. На фоне рекомендаций по оптимизации диеты (исключение «синтетической», высоко-

калорийной, жирной пищи, включение продуктов – «доноров» магния с низким содержанием фитатов, дополнение рациона клетчаткой и инулин-содержащими продуктами и т.д.) беременным следует также обеспечить прием достаточного количества элементного магния в составе органических солей (лактата, цитрата, пиридоксина магния и т.д.).

Показанием для приема Магне В₆ у беременных женщин является установленный дефицит магния, изолированный или связанный с другими дефицитами состояниями.

Раннее применение комбинации органических солей магния и пиридоксина способствует устранению полипрагмазии за счет отсутствия в последующем необходимости одновременного приема нескольких лекарственных средств, ведь своевременное восполнение дефицита магния позволяет предотвратить развитие акушерско-гинекологической патологии.

Профессор О. А. Громова с соавторами провели систематический обзор публикаций высокой степени доказательности и продемонстрировали, что нутрициальная поддержка беременности с использованием препаратов магния на основе органических солей цитрата, лактата и пидолат в комбинации с пиридоксином благотворно влияет на течение и исходы беременности и способствует снижению невынашивания на 51%, плацентарной недостаточности – на 67%, угрозы прерывания беременности – на 61%, преждевременных родов – на 66 %, частоты оперативного

родоразрешения – на 74 %, задержки развития плода – на 56 %.

К первому поколению препаратов магния относят неорганические композиции: магния оксид, сульфат, хлорид и т.д.; ко второму — органические соединения: магния лактат, пидолат, оротат, глицинат, аспарагинат, цитрат, аскорбинат. Биодоступность органических солей магния почти на порядок выше, чем неорганических. Так, биодоступность лактата, цитрата и оротата в несколько (в 5–6) раз превышает таковую у сульфата магния. Пидолат, цитрат, глюконат, оротат магния обладают и более высокой экскреторной способностью (с мочой), чем неорганические соли. Неорганические соли магния хуже переносятся и чаще дают диспептические осложнения (диарея, рвота, рези в животе).

На российском фармацевтическом рынке существует большое количество различных препаратов магния, однако важно выбирать среди них те, которые обладают проверенным профилем безопасности и эффективности, а также учитывать соответствие мировым стандартам качества надлежащей производственной практики (GMP).

При выборе между оригинальным препаратом и дженериком следует учитывать, что не всегда одинаковые международные непатентованные наименования (МНН) означают одинаковую терапевтическую эффективность.

Существуют различные подходы к определению эквивалентности лекарств: фармацевтическая, фармакокинетическая и терапевтическая эквивалентность. Утверждать, что дженерик эквивалентен оригиналу можно только в случае, если есть документальное подтверждение по всем трем видам эквивалентности.

При исследовании эквивалентности и взаимозаменяемости таблеток оригинального препарата магния цитрата с пиридоксином (Магне В₆ форте), магния лактата с пиридоксином (Магне В₆) и дженерического препарата магния цитрата с пиридоксином (Магнелис В₆ форте) in vitro в различных средах было доказано отсутствие подобия профилей растворения как магния лактата в одной из трех сред, так и пиридоксина гидрохлорида, что не позволило с уверенностью показать биологическую эквивалентность и взаимозаменяемость таблеток Магне В₆ и Магнелис В₆ форте.

На терапевтическую эффективность могут влиять как технологический уровень производства, так и наличие большего количества вспомогательных веществ, что является характер-

ным для дженерических препаратов. В подобных случаях проведение обычных контрольных фармацевтических тестов (исследования на растворимость, скорость распада, количественное соответствие и т.д.) не может дать дополнительной информации об эффективности исследуемого препарата.

Недостаточный профиль растворимости препарата может оказывать влияние на его всасываемость в желудочно-кишечном тракте, а значит – на скорость достижения клинического эффекта, что может потребовать более длительного курса терапии и, соответственно, его стоимости, а наличие примесей, зачастую неуставленных, с неизвестной активностью, – на частоту побочных эффектов.

Препараты Магне В₆ и Магне В₆ форте совокупно были изучены в 50 пострегистрационных исследованиях и наблюдательных программах с участием более 9000 субъектов, из них 22 исследования – в области акушерства и гинекологии. В исследовании MAGIN2 Магне В₆ форте принимали участие 2142 пациентки, среди которых изучались эффективность и переносимость препаратов магния. В большинстве случаев эффективность применяемой магниевой-содержащей терапии являлась очень хорошей (61,2 %) и хорошей (31,9 %) (рис. 1). Переносимость в 45,1 % случаев характеризовалась как очень хорошая, хорошая – в 50,3 %, умеренная – в 1,9 % и плохая – в 0,1 % (рис. 2), что говорит о благоприятном профиле безопасности препарата и его переносимости пациентками.

Еще один вопрос, требующий обсуждения, – выбор дозы при назначении препарата. В исследовании, проведенном проф. Г. Б. Дикке и А. Д. Макадаря в 2017 г., оптимальную дозу Магне В₆ форте назначали 71,3 % врачей, недостаточную – 15,6 %, избыточную – 13,1 %.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ РЕЖИМЫ ТЕРАПИИ:

- по 6–8 таблеток лактата магния и В₆ в сутки в 2–3 приема,
- или по 3–4 таблетки в сутки цитрата магния и В₆, разделенные на 2–3 приема,
- или по 3–4 ампулы в день в 2–3 приема (растворить в 1/2 стакана воды).

Продолжительность курса – до восполнения дефицита магния (обычно 1 месяц).

При недостаточной дозе препарата восполнение дефицита магния может продлиться на неопределенное время, а передозировка магния в случае почечной недостаточности может привести к развитию побочных реакций.

Выявление и лечение недостаточности магния у женщин, а также включение в программу прегравидарной подготовки коррекции нутриентной недостаточности должно координироваться путем создания тематических блоков образовательных семинаров в рамках непрерывного профессионального образования акушеров-гинекологов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недостаточное питание, обуславливающее дефицит микро- и макроэлементов, формируют постнатальную восприимчивость потомства к заболеваниям, сформированную внутриутробно за счет эпигенетических механизмов.

Коррекция нутриентной недостаточности – один из простых, но в тоже время чрезвычайно важных методов профилактики неблагоприятных путей фетального программирования. Дифференцированная нутритивная прегравидарная программа позволит сделать еще один шаг на пути к здоровому поколению нашей нации.

Список литературы находится в редакции

XII РЕГИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Мать и Дитя

26–28 июня 2019 года

г. Сочи, Конференц центр отеля Pullman ≈ Pullman Sochi Centre

На правах рекламы

Когда осмотр пациента может стать преступлением

Работа гинекологов связана с осмотром интимных зон женщины. И хотя для врача в силу специфики его деятельности не существует подобных преград, совсем иначе воспринимать работу специалиста порой могут пациентки. В нашей стране, где присутствует свобода мировоззрения, можно столкнуться с самыми разнообразными взглядами на жизнь... То, что считает приемлемым один человек, способно казаться абсолютно непристойным другому. Причем не стоит думать о каких-то абстрактных неправомерных деяниях – так могут оцениваться даже профессиональные действия гинеколога!

Карина Рябина, юрист



В ЧЕМ ОБВИНЯЮТ ВРАЧЕЙ?

С начала 2000-х по стране прошла череда громких дел по обвинению врачей, действия которых в отношении пациентов признавали непрофессиональными.

Это скандал 2006 года, когда гинеколог осматривала девочек в детском саду без предварительного согласия их родителей. Дети пожаловались, что их осматривали без одежды; они не хотели больше посещать детский сад. Родители обратились в суд за взысканием морального ущерба, суд признал действия гинеколога незаконными и удовлетворил исковое заявление частично, взыскав сумму меньше запрошенной.

Однако эксперты в сфере юриспруденции, проанализировав ситуацию, предположили, что подобные действия гинеколога подлежат квалификации по ст. 132 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) – «насильственные действия сексуального характера».

Кроме того, в 2011 году проводилось расследование по делу в отношении врача-педиатра. Его обвиняли в том, что проводимые им медицинские манипуляции – это деяния, предусмотренные ст. 132 УК РФ, а также ч. 2 ст. 135 УК РФ – «совершение развратных действий без применения насилия лицом, достигшим 18-летнего возраста, в отношении лица, достигшего 12-летнего возраста, но не достигшего 14-летнего возраста».

Как сообщали СМИ, врач в ходе медицинского осмотра проверял лимфоузлы

в паховой области у 13–16-летних школьников. По данному факту поступило сразу несколько обращений от встревоженных родителей, однако в ходе следствия выяснилось, что врач не совершал противоправных действий: осмотр лимфоузлов – стандартная медицинская манипуляция.

В настоящее время в сети можно встретить сообщения пациенток, которые подавали жалобы в администрацию клиники по поводу «некорректного», напоминающего действия сексуального характера обращения с ними гинеколога.

Разумеется, такое положение дел не может не тревожить врачей-гинекологов. Ведь, по сути, самые обычные действия, которым их учили в медицинском вузе, могут стать причиной административных и судебных разбирательств, испортить репутацию врача, поставить под вопрос его дальнейшую карьеру...

ЧТО СЧИТАЮТ НАСИЛЬСТВЕННЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА?

Ст. 132 УК РФ предусматривает следующие деяния, которые относятся к уголовному преступлению:

- мужеложство;
- лесбиянство;
- иные действия сексуального характера с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшему (потерпевшей) или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей).

Некоторые эксперты причисляют к деяниям, предусмотренной этой статьей, все формы сексуальной жизни, не относящиеся к соитию между мужчиной и женщиной в естественной форме.

Таким образом, круг действий напрямую законодательством не устанавливается, в юридической научной литературе является дискуссионным, а потому теоретически довольно широк. Есть основания полагать, что в этот перечень могут быть включены действия, по формальным признакам совпадающие с медицинскими действиями врача-гинеколога.

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОБВИНЕНИЕМ В ТАКОМ ПРЕСТУПЛЕНИИ?

- Предусмотренная законодательством процедура – запрос информированного добровольного согласия.

В соответствии с ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского

вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

В отношении пациента младше 15 лет информированное согласие дает законный представитель (родитель, усыновитель, опекун и т.п.). Аналогично – в отношении недееспособного пациента.

При этом и сам гражданин, и в иных случаях его законные представители могут отказаться от медицинского вмешательства.

В этой связи именно наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство является важнейшим условием для того, чтобы обезопасить специалиста от обвинений в его адрес.

- Предварительное проговаривание пациентам про предстоящие медицинские манипуляции.

Надлежащее оформление профессиональной помощи докторами, в том числе гинекологами, законодательно предусматривает оговоренное выше согласие. Но, разумеется, этот документ очень часто является формальностью, обычно администрация лечебного учреждения не расписывает подробно, какие действия врача будут выполняться врачом в отношении пациента.

Категорией риска среди пациентов в данном случае будут дети и подростки. Если взрослые пациенты посещают гинеколога достаточно часто и имеют представление о стандартных процедурах, которые осуществляет врач, то несовершеннолетние, особенно столкнувшись с осмотром или иными профессиональными действиями врача впервые, могут понять их превратно.

В этой связи гинекологам, работающим с несовершеннолетними, можно порекомендовать схематично пояснять пациентам, их законным представителям, какие именно действия будут произведены и для чего они нужны в данной ситуации. Это поможет избавиться от многих конфликтов, связанных с непониманием, возникшим из-за профессиональной деятельности гинеколога.

- Проведение осмотров и иных медицинских действий в присутствии медсестры.

Традиционно прием у гинеколога проходит с оказывающей помощь доктору медицинской сестрой. Второй медработник – это свидетель, который может сообщить, какие именно манипуляции производил врач, и дать им оценку с профессиональной точки зрения.

Кроме того, представляется, что крайне мала вероятность действительно неправомерных действий гинеколога в отношении пациента, если рядом находится еще один медицинский работник.

Таким образом, стандартная процедура приема пациента совместно с медсестрой даст доктору большую уверенность в том, что его действия не будут признаны непрофессиональными.

Новости медицинского образования

Повысить квалификацию врачу

По мнению профессора В. А. Владимирцева, АНО ДПО «Мосмед», российская система последиplomного обучения врачей, имея неоспоримые исторические достоинства, отстает от международных стандартов непрерывного медицинского образования.

Ожидания общества к повышению качества оказания медицинской помощи обуславливают возросшие требования к подготовке медицинских кадров. Оптимизация системы непрерывного медицинского образования и введение процедуры аккредитации врачей значительно повысят мотивацию к самообразованию и качество подготовки специалистов здравоохранения. Потребности в дополнительном профессиональном медицинском образовании будут постоянно возрастать. Непрерывное профессиональное развитие врача предполагает построение индивидуальной образовательной траектории, отвечающей профессиональным интересам и потребностям, с использованием различных форм обучения от традиционных и формальных до самых инновационных и неформальных.

Направления оптимизации системы непрерывного медицинского образования в значительной степени будут определяться свободным выбором специалистами образовательных организаций, форм и длительности повышения своей квалификации при контроле со стороны профессиональных сообществ и государства. Развитие рынка дополнительных медицинских образовательных услуг становится важным видом деятельности в коммерческом медицинском секторе. Развитие дистанционных образовательных технологий и электронного обучения в системе дополнительного профессионального образования также расширяют возможности врачей в получении новых знаний.

Будем рады обсудить с вами вопросы сотрудничества, преподавания и обучения в ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева» и пригласим акушеров-гинекологов на курсы повышения квалификации.

Тел.: +7 (905) 268-00-94, +7 (952) 354-26-97, +7 (812) 334-76-50, +7 (812) 244-65-24

Адрес: 191186, г. Санкт-Петербург, ул. Миллионная, д. 29, «А», 14Н

E-mail: academy-medical@cmtmed.com, akademuy@yandex.ru

Сайт: www.inozem.online



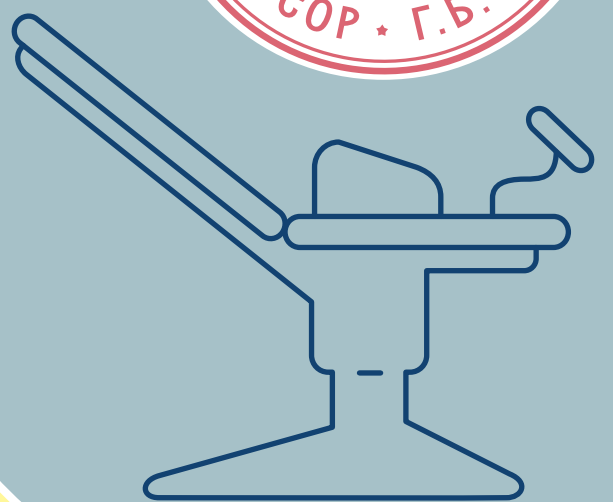
Акушерство и гинекология

сегодня



ПОЧЕМУ ГАЗЕТА

- ✓ Приближаем науку к читателю!
- ✓ Материалы в газетах доступны для восприятия и ориентированы на врача-практика.
- ✓ Все статьи основаны на серьезных исследованиях и научных публикациях.



СОДЕРЖАНИЕ

- ✓ Аналитические материалы
- ✓ Рекомендации от опинион-лидеров
- ✓ Алгоритмы лечения и диагностики
- ✓ Разбор клинических случаев
- ✓ Юридические вопросы

ВАРИАНТЫ РАЗМЕЩЕНИЙ

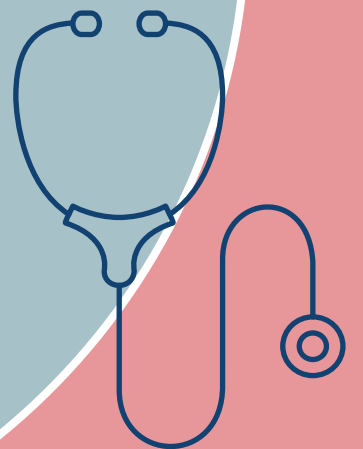
- ✓ Модуль
- ✓ Статья плюс модуль
- ✓ Брендинг материала
- ✓ Спонсорство рубрики

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- ✓ Профильные мероприятия и выставки
- ✓ Мобильное приложение
- ✓ Электронные рассылки по базе специалистов

ИЗДАНИЕ ДОСТУПНО ВСЕМ СПЕЦИАЛИСТАМ СТРАНЫ:

- ✓ Профильные мероприятия и выставки
- ✓ Мобильное приложение
- ✓ Электронные рассылки по базе врачей



Формат 280 x 420 мм (А3)
Объем 12–20 полос
Тираж 10 800 экз.
Периодичность: 4–6 выпусков в год
География: Россия и страны зарубежья

**Акушерство
и гинекология**
сегодня

№ 1 (1) 2019

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом
«АБВ-пресс»

Директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Дикке Галина Борисовна

Директор по рекламе:
Гапонова И. В.
Руководитель проекта:
Строковская О. А.
Шеф-редактор: Кононова О. Н.
Ответственный секретарь:
Ширабокова Ю. Ю.
Корректор: Кириллова Н. А.

Дизайн и верстка:
Смирнова М. А.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ
И УЧРЕДИТЕЛЯ**
115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
Типография
ООО «Юнион Принт»
Заказ № 190158
Тираж 10 800 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.

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

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

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