



Тема
номера

«Трудная» беременность

Холин
в профилактике
осложнений беременности

с. 3

Преэклампсия:
группа риска обширнее,
чем кажется

с. 4

Аногенитальные
бородавки
у беременных

с. 7

Истмико-цервикальная
недостаточность:
решение есть!

с. 8

ОТ РЕДАКЦИИ



Галина
Борисовна
ДИККЕ

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

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Осложнения во время беременности — страх, преследующий многих будущих матерей, и огромная тревога врача. Опасения столкнуться с ними вполне понятны, ведь они угрожают жизни и здоровью ребенка и самой женщины.

В профессиональной литературе любое неожиданное, непредвиденное медицинское или акушерское заболевание, связанное с беременностью и представляющее фактическую либо потенциальную опасность для здоровья и благополучия матери или плода, считается беременностью с высоким риском. Однако все еще не существует точного определения риска во время гестации. Системы оценки риска и предикторы возможных осложнений могут помочь предсказать исходы, но работают далеко не всегда.

В 2016 году ВОЗ опубликовала исчерпывающий список материнских заболеваний, включающий 121 прямое и косвенное. Этот список обеспечивает важную основу для понимания того, какие состояния составляют материнскую заболеваемость, хотя степень, в которой каждое из них вносит свой вклад в общее бремя, остается неясной.

Систематический обзор, выполненный в 2018 году, позволил извлечь из 49 статей оценки частоты 35 состояний. Не оказалось сведений для 71 % состояний из списка ВОЗ. Полученные оценки показывают значительную материнскую заболеваемость не только в период беременности, но и до и после родов. Примечательно, что треть оценок были основаны только на исследованиях на базе медицинских учреждений.

Устранение этих пробелов в наших знаниях необходимо для лучшего определения медицинских вмешательств и повышения качества оказания помощи беременным женщинам.

ИНТЕРВЬЮ

Near miss: на волосок от акушерской катастрофы

По данным Росстата, коэффициент материнской смертности в нашей стране за 2020 год вырос на критические 24,4 % (с 9 до 11,2 на 100 тыс. новорожденных). Во многом столь существенный прирост обусловлен пандемией COVID-19, однако, каковы бы ни были причины, гибель женщины — огромная трагедия и для ее семьи, и для общества в целом. О современном состоянии проблемы предотвратимости материнских потерь в России и в мире мы поговорим с одним из авторитетных экспертов в этой области, автором книги «Near miss. На грани материнских потерь» Елизаветой Юрьевной ЛЕБЕДЕНКО.

— Елизавета Юрьевна, наверное, разговор о проблеме следует начать с нюансов терминологии?

— Говоря о материнской смертности, следует помнить, что этот показатель не только очень наглядно демонстрирует эффективность внедрения научных достижений в практику здравоохранения в целом, но и позволяет оценить уровень репродуктивного здоровья населения.

Эксперты ВОЗ предлагают такое определение: материнская смерть — гибель женщины, наступившая в период беременности, родов или в течение первых 42 дней послеродового периода (независимо от продолжительности и локализации гестации), но не от несчастного случая или непредвиденной причины. Однако любому врачу-практику очевидно, что определение причин летальных

исходов далеко не всегда возможно — например, когда трагический исход наступает в ситуации родов на дому.

Для более четкого аудита материнских потерь также было введено понятие «поздняя материнская смерть» — гибель женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая по истечении 42 дней, но не позднее 1 года после родов.

— Снижение материнской смертности в 2000 году было объявлено ООН одной из целей тысячелетия. И в 2016 году Россия в числе первых в мире объявила о достижении этой цели.

— Совершенно верно, усилиями всего медицинского сообщества нашей страны удалось обеспечить снижение



Елизавета
Юрьевна
ЛЕБЕДЕНКО

Д.м.н., доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 3 Ростовского государственного медицинского университета

показателей материнской и детской смертности. В 2016 году первая была на уровне чуть более 10 случаев на 100 тыс. новорожденных.

Однако пандемия внесла свои печальные коррективы, вновь поставив нашу страну на грань демографической катастрофы. Нынешние 11,2 на 100 тыс. родившихся хотя и меньше обозначенной

Продолжение на с. 2 ►

НОВОСТИ

Дельта-штамм забирает жизни еще не рожденных детей

Беременные женщины, у которых к моменту родов диагностирован COVID-19, в гораздо большей степени рискуют родить мертвого ребенка по сравнению со здоровыми роженицами. Причем с появлением и распространением дельта-штамма риск мертворождения вырос в 4 раза. Об этом говорится в опубликованном недавно отчете Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC).

Эксперты проанализировали данные 1,2 млн родов в 736 американских клиниках с марта 2020 года по сентябрь 2021 года и пришли к выводу, что в целом мертворождение — довольно редкое событие: за указанный период было зафиксировано всего 8154 таких случая (0,65 % от всех родов). Однако если взять отдельно рожениц с положительным тестом на коронавирус, то данный показатель будет вдвое выше — 1,26 % (273 на 21 653 родов). Причем больше всего мертворождений приходится на период доминирования

дельта-штамма. Среди причин столь негативного сценария, по мнению специалистов, могут быть гипоперфузия (пониженное кровоснабжение) и воспаление плаценты, вызванные вирусом. Статистика мертворождений не была бы столь печальной, если бы беременные женщины вовремя прививались. Доля вакцинированных будущих матерей в США к концу лета нынешнего года составляла всего 30 %, а в России она на порядок меньше.

Подробнее о вакцинации во время беременности читайте на стр. 9. ►

Near miss: на волосок от акушерской катастрофы

«Продолжение, начало на с. 1

ВОЗ «планки» в 70, но заставляют еще более глубоко анализировать возможности предотвращения негативного сценария беременности. И не просто дискутировать, а действовать на упреждение. И в этом контексте хочу упомянуть еще одну терминологическую дефиницию — *near miss*. В 2010 году ВОЗ предложила использовать этот термин применительно к «...женщинам, оказавшимся при смерти, но выжившим после осложнения, возникшего во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности».

— К сожалению, принятый сегодня в России традиционный анализ случаев материнских смертей и тяжелых осложнений, едва не завершившихся гибелью женщин, не дает ощутимых результатов, поскольку неотработанная система сбора информации не позволяет достоверно выяснить истинную причину катастрофы. Внес ли новый Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи (Приказ № 1130н), вступивший в силу с 1 января 2021 года, какие-то коррективы в процедуру анализа таких случаев?

— Чаще всего разбор клинического случая материнской смерти и завершают вынесением вердикта о его

предотвратимости, наложив те или иные административные взыскания на специалистов, оказывавших медицинскую помощь. Действующие нормативные документы закрепляют функцию анализа ситуации за врачебными комиссиями. Результатом действий экспертов становится заключение о том, от каких причин женщина не должна была умереть (предотвратимые), от каких — могла умереть (условно предотвратимые), а от каких — не могла не погибнуть (непредотвратимые).

Как и в ранее действующем Приказе № 572-н, так и в обновленном Порядке (Приказ № 1130н) предусмотрена формализация факта гибели женщины в Карте донесения о случае материнской смерти (Приложение № 10, п. 38), которую должен составить главный акушер-гинеколог субъекта РФ и далее направить в Минздрав РФ.

Увы, несмотря на внедрение системы аудита критических акушерских ситуаций в стране, мы пока не можем похвастаться результативностью: отсутствует унифицированная система сбора, анализа и классификации данных, нет единой формы отчетов, в том числе и о мероприятиях, проведенных по результатам проверки и аудита.

— В нашей стране система аудита случаев *near miss* работает не так давно: программа стартовала в 2015 году. Чего удалось достичь к сегодняшнему дню?

— Во-первых, хочется отметить, что немало женщин, выживших в критической ситуации, в перспективе имеют риск существенного ухудшения состояния здоровья, а зачастую — нетрудоспособности. Внедрение в повседневную практику стратегии анализа клинических случаев *near miss* позволяет врачам не просто спрогнозировать картину развития критической ситуации, в том числе на ее ранних этапах, но еще и существенно продвинуться вперед к повышению уровня оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

Сегодня уже можно утверждать, что ведущими причинами случаев, едва не приведших к летальному исходу в акушерстве, считают ту же «большую пятерку», что и для материнских потерь: акушерские кровотечения, сепсис, преэклампсию и эклампсию, экстрагенитальные заболевания и осложнения аборт

Еще один немаловажный фактор — выработка единых критериев, опираясь на которые, специалисты могут дать четкое определение ситуации *near miss*. Эксперты ВОЗ в 2010 году предложили свой индентификатор, включив туда:

- шок;
- остановку сердца;
- выраженный цианоз;
- одышку;
- частоту дыхания более 40 или менее 6 в мин;
- олигурию, не поддающуюся коррекции медикаментозными средствами;
- отсутствие свертывания крови;
- желтуху на фоне преэклампсии;
- отсутствие сознания у пациентки на протяжении 6 ч;
- кому;
- судороги, не поддающиеся медикаментозной коррекции.

— Вопросы аудита случаев материнской смерти сегодня более проработаны, чем аналитика *near miss*. Получится ли изменить сложившуюся ситуацию с помощью нового документа, появившегося в январе текущего года, — Рекомендаций Минздрава России по мониторингу критических акушерских состояний?

— Очень хочется надеяться на позитивные изменения! Отрадно, что ситуация не остается без внимания ни со стороны медицинской общественности, ни со стороны наших регуляторов.

В Письме № 15–4/66 Минздрава России от 18.01.2021 года «О направлении Регламента мониторинга критических акушерских состояний в Российской Федерации» представлены не только состояния *near miss maternal morbidity*, но и большой пул потенциально угрожающих жизни состояний беременной, роженицы или родильницы. Прицельно занимаясь этой проблемой уже много лет, мы с коллегами полагаем целесообразным разработку Карты донесения о случае критической акушерской

ситуации. Аналогичный отчетный документ предусмотрен Приказом № 1130н в отношении случаев материнской смерти. На практике это позволило бы не только анализировать условия возникновения обоих сценариев, но и конкретизировать предпринятые действия в случаях *near miss* и упущенные возможности при материнских летальных исходах.

— Каким должен быть анализ критических акушерских состояний, чтобы программа предотвращения материнских смертей и *near miss* работала максимально эффективно?

— В целом схему аудита можно описать как 12 последовательных шагов:

1. Контроль выполнения по результатам прошлой сессии аудита критической акушерской ситуации.
2. Представление краткого обзора случая.
3. Реконструкция ведения пациентки «от двери до двери».
4. Представление информации с точки зрения женщины и членов семьи.
- 5–7. Анализ случая.
8. Выработка рекомендаций и действий по улучшению медицинской помощи в соответствии с критериями SMART (конкретные [*specific*], измеримые [*measurable*], достижимые [*achievable*], реалистичные [*realistic*], ограниченные по срокам [*time-bound*]).
9. Документальное оформление анализа случая.
10. Практическое внедрение рекомендаций.
11. Проверка выполнения рекомендаций.
12. Документальное оформление всего цикла аудита критической акушерской ситуации.

Хочется обратить особое внимание на то, что именно первый шаг становится отправной точкой практической значимости самого аудита. Аналитика важна не сама по себе, как факт, а именно в том контексте, что позволяет миновать пресловутые «грабли» на пути борьбы за жизнь пациентки.

— Елизавета Юрьевна, спасибо за интересную беседу и за ваш вклад в развитие этой темы в нашей стране. В завершение хочется еще, хотя бы в нескольких словах, обозначить проблему реабилитации пациенток, перенесших ситуацию *near miss*.

— Гибель ребенка, утрата возможности реализовать фертильную функцию остаются важнейшими факторами приобретенных осложнений после пережитых акушерских катастроф, сплетая тугой клубок физиологических проблем и социальной дезадаптации. Именно поэтому программа реабилитации таких пациенток должна стать одной из безальтернативных стратегий здравоохранения. Конечно, основная нагрузка по разработке и внедрению реабилитационных мероприятий ляжет на плечи и без того загруженных рутинной практикой акушеров-гинекологов. Надеюсь, что и эту задачу мы сумеем решить в ближайшее время.

Беседовала Ольга Касатон

пресс
Издательский дом «АБВ-пресс»

**НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

www.abvpress.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ОНКО ПАТОЛОГИЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

НЕЙРОХИРУРГИЯ
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ОНКО КЛИНИЦИСТ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Тазовая хирургия и онкология
СЕКЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Российский Биотерапевтический Журнал
Russian Biotherapeutic Journal

САРКОМЫ
костей, мягких тканей и опухоли кожи

СА
A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

Урология сегодня
специализированное издание для урологов

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ПЕДИАТРОВ

Акушерство и гинекология СЕГОДНЯ

Гастроэнтерология СЕГОДНЯ

Московская Эндокринология СЕГОДНЯ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

Реклама

android ios

Холин плюс другие микронутриенты: эффект, превосходящий простую сумму действий

Потенцирование эффекта от одновременного применения нескольких препаратов хорошо известно фармакологам и означает действие, которое значительно больше суммы эффектов каждого препарата, примененного по отдельности в той же дозе. Работает ли этот принцип в случае витаминно-минеральных комплексов, столь популярных среди акушеров-гинекологов и беременных женщин?

Г.Б. Дикке

Недавно компания P&G Health Germany GmbH (Германия) дополнила свой бренд новыми микронутриентами, выпустив Фемибион® I и II в новом составе. При этом хочется особо отметить введение в комплекс Фемибион® I такого нутриента, как холин, и его значение для матери и плода.

ХОЛИН И ЕГО ФУНКЦИИ В ОРГАНИЗМЕ

Холин (триметиламмоний) — органическое водорастворимое вещество (прежнее название — витамин B₄). Имеет решающее значение в метаболических процессах. Производное холина фосфатидилхолин — основной компонент клеточных мембран, требуется для биосинтеза липопротеинов. Два других его метаболита принимают участие в функциях нервной системы: ацетилхолин действует как нейротрансмиттер в центральной и периферической нервной системе, а сфингомиелин входит в состав миелиновой оболочки аксонов нервных клеток. Наконец, метаболит холина бетаин является источником метильных групп для S-аденозилметионин-зависимых метилтрансфераз в цикле реметилирования гомоцистеина (ГЦ).

Американская медицинская ассоциация (АМА) в 2017 г. отметила, что витаминные добавки для беременных должны содержать научно обоснованные количества холина, а Американская академия педиатрии (ААР) в 2018 г. призвала педиатров следить за тем, чтобы будущие матери и дети получали его в достаточном количестве

Для беременных потребность в холине составляет 450 мг/сут (Маталыгина О.А., 2008; Freedman R., 2020). Основные его источники — яйца, мясо, птица, морепродукты, молоко, орехи, бобовые. Также холин синтезируется в организме в субоптимальном количестве. Только 8,5 % беременных получают его с пищей в дозе, соответствующей суточной норме, остальные — не более 320 мг, а его эндогенный синтез недостаточен (Wallace TC, 2017). В комплекс Фемибион® I включено 130 мг холина, что восполняет недостающую потребность в этом веществе.

СИНЕРГИЗМ ХОЛИНА, МЕТАФОЛИНА И ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Поскольку ГЦ способен повреждать эндотелий сосудов, в т.ч. в плаценте, гипергомоцистеинемия в 2–2,5 раза увеличивает риск эндотелий-зависимых плацента-ассоциированных осложнений беременности: преэклампсии,

преждевременных родов, низкой массы тела плода при рождении (Dodds L., 2008; Vollset S.E., 2000). Нормализация концентрации ГЦ в крови способствует сохранению функций плаценты и профилактике указанных осложнений.

Являясь донором метильных групп, холин участвует в обезвреживании ГЦ наряду с метаболитом фолиевой кислоты — L-5-метилтетрагидрофолевой кислотой (метафолином) — активной формой восстановленного фолата, которая непосредственно вступает в метаболический процесс (входит в состав Фемибиона® I в дозе

208 мкг, что соответствует 200 мкг фолиевой кислоты). Было показано, что риск ПР при приеме фолатов в течение 1 года или дольше уменьшался на 55 % (Bukowski R., 2009), а по данным метаанализа 2019 г. высокий уровень фолатов в крови в III триместре

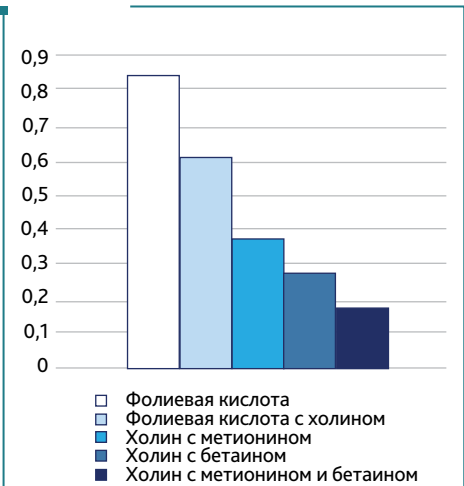


Рисунок 2. Риск рождения ребенка с дефектами нервной трубки при использовании различных нутриентов (в наивысшем квартиле) (Shaw G.M., 2004)

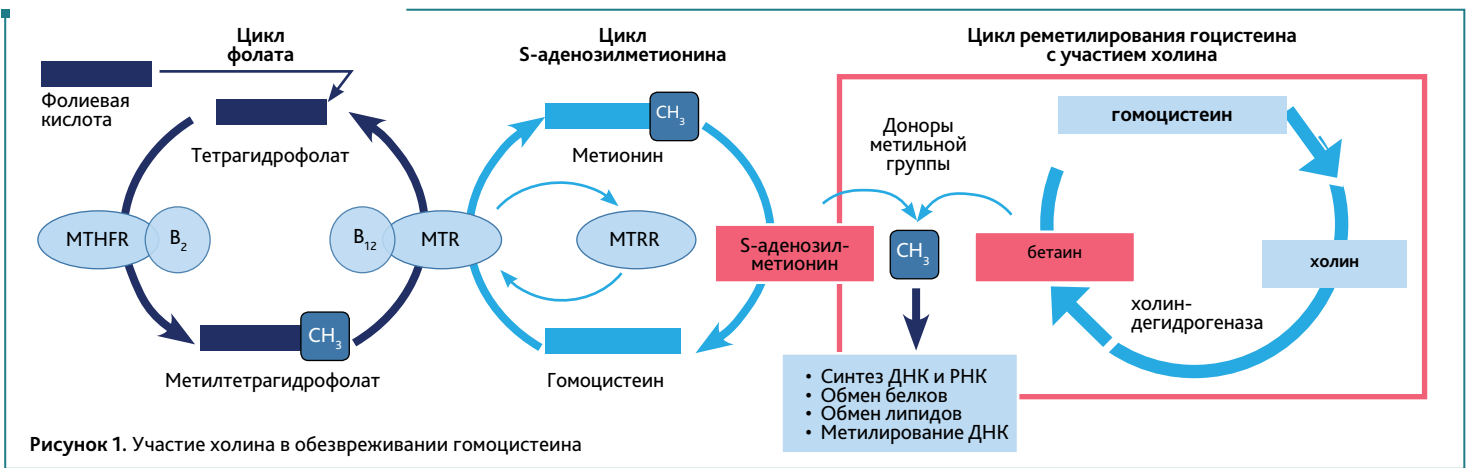


Рисунок 1. Участие холина в обезвреживании гомоцистеина

был ассоциирован со снижением риска ПР на 43 % (Li B., 2019). Прием поливитаминов, содержащих фолиевую кислоту, снижает риск ПЭ на 63 %, плацентарной недостаточности — на 58 % (Kim M.W., 2014), низкой массы тела плода для гестационного возраста — почти на 50 % (Hodgetts V., 2015).

Холин дополняет действие метафолина при совместном приеме, снижая уровень ГЦ в крови (рис. 1) и обеспечивая организм метильными группами, участвующими в метилировании ДНК, синтезе фосфатидилхолина и белка. В одном из исследований

Продолжение на с. 6

ОБНОВЛЕННАЯ

ЛИНЕЙКА

ФЕМИБИОН®

НОВАЯ ФОРМУЛА

ФЕМИБИОН® I

Теперь содержит ХОЛИН, который в комбинации с фолатами (метафолин + фолиевая кислота) способствует нормализации уровня гомоцистеина*. Также в составе витамин Д3, БИСГЛИЦИНАТ ЖЕЛЕЗА, йод и другие компоненты.

НОВАЯ ФОРМУЛА

ФЕМИБИОН® II

Включает каротиноид ЛЮТЕИН и другие специально отобранные питательные вещества, в том числе ДГК**, витамин Д3, железо. ДГК способствует нормальному развитию головного мозга и глаз плода.*

* Листок-вкладыш Фемибион® I
** ДГК (докозагексаеновая кислота)
*** Входит в состав Фемибион® I

2 НОВЫЕ формулы

+ ХОЛИН и Д3***

femibion®

Для поколения здоровых детей

Планирование и ранний срок беременности
От зачатия до 12-й недели беременности

Беременность и грудное вскармливание
Нормализация уровня гомоцистеина в крови (с 13-й недели беременности) и до конца 3-го триместра беременности

1

2

На правах рекламы

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Информация предназначена только для медицинских работников. Не подлежит передаче потребителю.

Преэклампсия: группа риска обширнее, чем кажется

При ретроспективном анализе случаев преэклампсии нередко оказывается, что пациентка изначально имела факторы риска, которые были упущены либо недооценены. В подавляющем большинстве случаев группу риска можно и нужно выделять еще на этапе планирования беременности либо при первом посещении гинеколога при постановке на диспансерный учет в I триместре. Сочетания факторов умеренного риска не всегда очевидны, поэтому их необходимо знать наизусть абсолютно всем врачам акушерам-гинекологам.



Лидия
Олеговна
БУЗАН

Врач терапевт-гемостазиолог сети репродукции и генетики «Нова Клиник», г. Москва

О ПРЕЭКЛАМПСИИ

Преэклампсия — осложнение беременности, характеризующееся повышением артериального давления (АД) свыше 140 (для систолического) и/или свыше 90 (для диастолического) мм рт. ст. в сочетании с протеинурией или иными симптомами, указывающими на присоединение полиорганной недостаточности. Так звучит определение, данное в обновленных Российских клинических рекомендациях по преэклампсии и гипертензивным расстройствам от 2021 г. Разумеется, каждый практикующий врач-гинеколог имеет свое личное представление об этой грозной патологии. При заявленной частоте встречаемости (2–8 % всех беременностей) сложно представить себе доктора, которому удалось бы избежать за годы практики случаев преэклампсии у своих пациенток. Порядка 70 000 жизней в год уносят

очевидным, что трагически закончившаяся беременность пациентка вынашивала без назначения обязательной профилактики, показания для которой было нетрудно установить еще в I триместре.

ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Научиться распознавать пациенток группы риска не так уж сложно. К счастью, так называемые факторы высокого риска являются достаточно заметными для врачей акушеров-гинекологов, и при их наличии профилактика, как правило, назначается более-менее систематически. Хотя даже здесь бывают досадные исключения.

Чтобы быть отнесенной к группе риска по преэклампсии, пациентке достаточно иметь хотя бы один из «больших» факторов:

1. Гипертензивные осложнения беременности в анамнезе (сюда относятся и преэклампсия, и гестационная артериальная гипертензия без преэклампсии).
2. Аутоиммунные заболевания (антифосфолипидный синдром, системная красная волчанка и т.п.).
3. Хроническая артериальная гипертензия.
4. Хроническая болезнь почек.
5. Сахарный диабет 1-го или 2-го типа.

Зная о том, что в основе патогенеза преэклампсии лежат нарушение процессов инвазии трофобласта и аномальная закладка спиральных артерий, необходимо максимально рано выделять женщин группы риска с целью своевременного назначения им антитромботической профилактики

преэклампсия и эклампсия (10–15 % всех случаев материнской смертности), и, к сожалению, тенденции к значимому снижению показателей не наблюдается («Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде». Клинические рекомендации, 2021 г.).

Драматическое развитие событий с экстренным родоразрешением и реанимацией (не всегда успешной) глубоко недоношенного новорожденного — отнюдь не редкость даже при современном уровне медицинской помощи. На приеме гемостазиолога подобные истории звучат с печальной регулярностью. И еще более печальным для врача оказывается порой детальный сбор анамнеза, когда становится

Хотелось бы добавить, что даже факторы высокого риска иногда упускаются гинекологом при сборе анамнеза и осмотре. Особенно хроническая артериальная гипертензия. При ответе на вопрос: «Какие у вас имеются хронические заболевания?» — женщины очень часто не упоминают о колебаниях артериального давления. Этот вопрос необходимо задавать целенаправленно! При упоминании о периодических повышениях АД — детализировать их частоту и максимальный уровень, при подозрении на гипертензию — направлять к терапевту либо кардиологу для более детального обследования и при необходимости назначения лечения.

Гипертензивные осложнения в анамнезе порой ускользают от внимания

акушера-гинеколога. Объясню почему. Иногда на приеме пациентка рассказывает о предыдущей беременности, делая акцент на внутриутробной гибели плода, плацентарной недостаточности либо преждевременной отслойке плаценты, и врач может ошибочно ограничиться регистрацией только этих осложнений в своей документации. В выписных послеродовых эпикризах также нередко упоминаются лишь эти диагнозы.

Однако, даже если в эпикризе не звучит слово «преэклампсия», необходимо активно задавать вопрос женщине, не наблюдалось ли в период беременности также повышение АД. Известно, что отслойка нормально расположенной плаценты и преэклампсия относятся к так называемым плацентассоциированным осложнениям, имеющим схожий патогенез. Поэтому всегда нужно предполагать гипертензию там, где присутствовали другие осложнения данной группы. Порой пациентка с трудом, но вспоминает о том, что давление действительно повышалось, и это становится поводом отнести ее в будущем к группе риска по преэклампсии и назначить профилактическое лечение.

ФАКТОРЫ УМЕРЕННОГО РИСКА

Помимо «больших» факторов клинические рекомендации также выделяют «малые», или факторы умеренного риска, которые работают в сочетании. Другими словами, пациентка будет относиться к группе риска по преэклампсии, если у нее присутствуют любые 2 и более факторов из следующего списка:

1. Первая беременность.
2. Возраст 40 лет и старше.
3. Интервал между родами более 10 лет.
4. Ожирение (в предыдущей версии клинических рекомендаций фигурировало ожирение при современном уровне степени, в обновленной — все степени ожирения, то есть индекс массы тела 30 кг/м² и выше).
5. Многоплодие.
6. Семейный анамнез по преэклампсии.

И здесь начинается самое интересное. Если «примерить» возможные сочетания указанных факторов риска на всех наблюдающихся у рядового врача акушера-гинеколога беременных, выяснится, что группа риска на самом деле куда обширнее, чем кажется на первый взгляд!

Судите сами:

- первая беременность + ожирение = группа риска;
- первая беременность + многоплодие = тоже группа риска, какой бы молодой и здоровой ни была женщина, осчастливленная двойней;
- возраст старше 40 + интервал между родами более 10 лет = повседневная реальность нашей практики, когда повторные роды планируются в другом браке либо первый ребенок рожден в юности, а после, например, построения карьеры женщина начинает задумываться о втором;
- первая беременность + возраст старше 40 лет = такая же рутинная практика врачей-репродуктологов, ведь длительное откладывание планов по рождению детей — одна из самых острых проблем репродуктивной медицины в настоящее время;
- первая беременность + семейный анамнез по преэклампсии. А это, на мой взгляд, самое интересное. У всех ли пациенток врач-гинеколог спрашивает семейный анамнез по преэклампсии? Да и как его вообще выяснить?

Разумеется, крайне маловероятно, что женщина сама объявит вам: «Да, у моей матери была преэклампсия». Даже если она позвонит прямо в вашем присутствии маме и адресует этот вопрос ей. Во-первых, термин «преэклампсия» 20 и более лет назад использовался, как мы знаем, достаточно ограниченно, и гипертензивные осложнения фиксировались под названиями «гестоз» или «нефропатия». Если вообще фиксировались. Поэтому не стоит ожидать, что мамы наших пациенток легко прольют свет на интересующий нас анамнез.

Я формулирую свои вопросы на приеме примерно следующим образом:

— Не было ли у женщин в вашей семье невынашивания, преждевременных родов?

— Родились ли вы сами доношенной или нет? С какой примерно массой тела?

— Не рассказывала ли ваша мама (тетя, сестра), что у нее тяжело протекала беременность или были проблемы в родах — например, повышалось давление либо экстренно вызывались роды по какой-то причине?

Если слышим твердое «нет» — считаем свой долг выполненным. Если же появляются утвердительные ответы, предположения, сомнения — по возможности

следует максимально прояснить данный вопрос. Не забываем, что сочетание семейного анамнеза по преэклампсии даже банально с фактом первой беременности относит женщину к группе риска.

НЮАНСЫ ОБНОВЛЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
В предыдущей версии отечественного протокола по гипертензивным расстройствам рекомендовалось использовать именно описанный выше

гипертензия, многоплодие, сахарный диабет, ожирение, антифосфолипидный синдром, беременность после вспомогательных репродуктивных технологий, поздний репродуктивный возраст, семейный анамнез преэклампсии, продолжительность половой жизни до беременности менее 6 месяцев, первая беременность, хронические заболевания почек, заболевания соединительной ткани, мутация фактора Лейдена.

При этом в документе отсутствуют какие-либо комментарии касательно практического применения данного перечня факторов риска, а именно: должны ли они присутствовать в сочетании (хотя в перечне имеются и состояния, имеющие самостоятельный вес — хроническая гипертензия, антифосфолипидный синдром и т.п.), или же наличие любого из перечисленных факторов требует отнесения к группе риска (что, опять же, абсурдно). Причем непонятно, почему в список попала только мутация Лейдена, но не вошла мутация F2 (20210): у пациенток с мутацией протромбина нередко также развивается ранняя тяжелая преэклампсия.

Поэтому, ввиду несовершенства обновленных рекомендаций, автор считает допустимым (хотя это личное мнение) продолжать придерживаться схемы выделения группы риска из предыдущей редакции клинических рекомендаций по гипертензивным расстройствам.

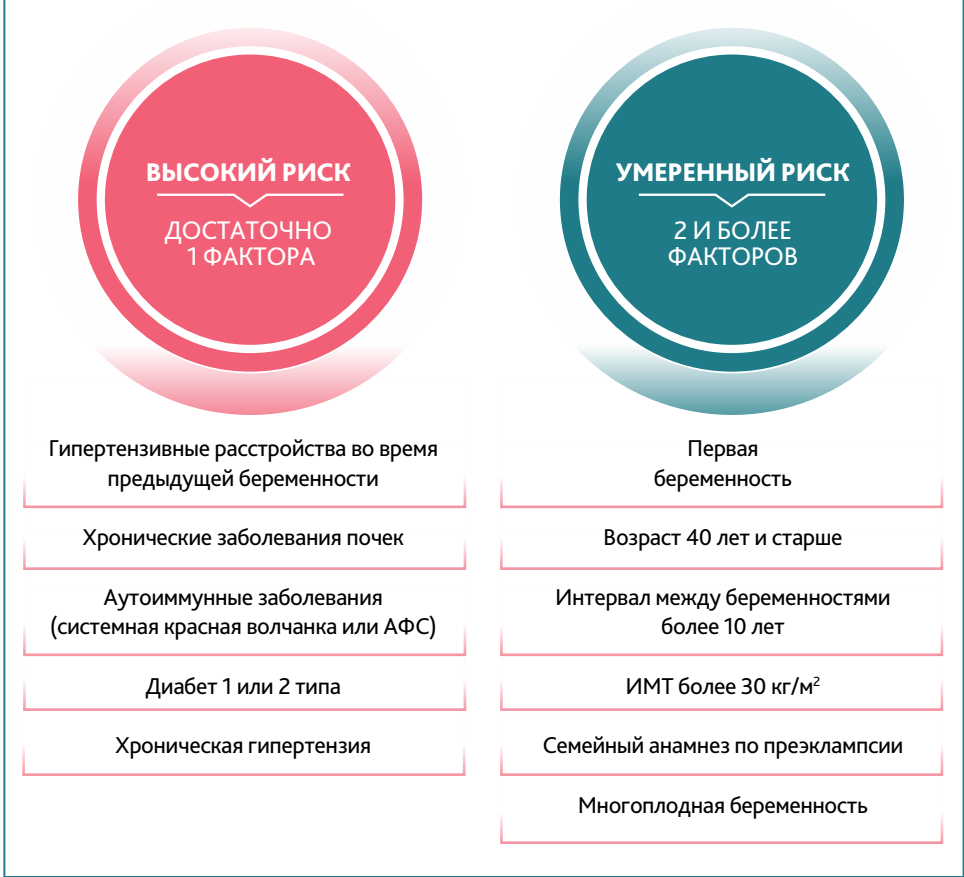
К слову, точно так же предлагают определять группу риска и актуальные на сегодняшний день документы: «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Национальные рекомендации от 2018 г.» и «Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации» Российского кардиологического общества от 2020 г. При необходимости обоснования выделения группы риска и назначения соответствующей профилактики ссылка на указанные документы также правомерна.

ПРОФИЛАКТИКА: КОГДА НЕ ПОЗДНО?
Зная о том, что в основе патогенеза преэклампсии лежат нарушение процессов инвазии трофобласта и аномальная закладка спиральных артерий, необходимо максимально рано выделять женщин группы риска с целью своевременного назначения им антитромботической профилактики. Согласно клиническим рекомендациям, пациенткам группы риска показано назначение низких доз аспирина с 12 недель до конца беременности. Обычно прием продолжается до 36 недель, так как аспирин требует отмены приблизительно за 7 дней до наступления доношенного срока. Это связано с сохраняющимся после отмены эффектом повышенной кровоточивости, так как аспирин блокирует рецепторы тромбоцитов на весь период их жизни; примерно за 7–10 дней популяция тромбоцитов обновляется полностью и разжижающий эффект исчезает.

Существует также практика назначения антитромботических препаратов из других групп (антиагреганты группы дипиридамола либо низкомолекулярные гепарины) с момента подтверждения беременности и до 12 недель, когда становится возможным назначение аспирина. Если женщина заведомо отнесена к группе риска, то такой подход более чем оправдан, ведь значимость благоприятного течения периода первой волны инвазии трофобласта (до 7–8 нед) как минимум не меньше, чем периода второй волны, который, собственно, и предполагается «прикрывать» назначением аспирина.

Доказательная база назначения низкомолекулярных гепаринов до 12 недель для профилактики преэклампсии на сегодняшний день противоречива, что частично может быть объяснено сравнительно поздним включением пациенток в исследования: после 7–8-й недели назначение антитромботической профилактики уже вряд ли будет иметь преимуществ перед стартом в 12 недель.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ



Холин плюс другие микронутриенты: эффект, превосходящий простую сумму действий

« Продолжение, начало на с. 3

уровень ГЦ при приеме холина снизился на 29 % по сравнению с плацебо (Olthof M.R., 2005). Исследования также показали, что бетаин (метаболит холина) в плазме является более сильным детерминантом ГЦ, чем витамин B₆ и фолиевая кислота (Ueland P.M., 2005) (рис. 2). Риск ДНТ был в 6 раз ниже у тех, кто потреблял холин выше 75-го процентиля по сравнению с потреблением ниже 25-го процентиля (Shaw G.M., 2009).

Свою лепту в снижение риска эндотелий-зависимых осложнений гестации вносит и витамин D. Как оказалось, низкая концентрация 25 (ОН) D в крови связана с более высоким содержанием ГЦ (Amer M, 2014; Pham TM, 2016). Прием этого витамина снижает риск преждевременных родов в 3 раза, преэклампсии — в 2 раза (De-Regil LM, 2019), в том числе у беременных с преэклампсией в анамнезе (Behjat Sasan S., 2017), а также частоту задержки роста плода на 60 % (Maugeri A., 2019).

Таким образом, влияние холина, метафолина и витамина D на уровень гомоцистеина способствует снижению риска осложнений беременнос-

ти — преждевременных родов, преэклампсии, плацентарной недостаточности и низкой массы тела плода.

СИНЕРГИЗМ ХОЛИНА, МЕТАБОЛИТОВ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕФЕКТОВ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА

Нарушение способности плаценты доставлять питательные вещества к плоду приводит к задержке его роста, а холин оказывает опосредованное влияние на периферический и центральный метаболизм и транспорт макронутриентов и липидов, поддерживая адекватные уровни в печени, плазме и мозге (Korsmo H.W., 2019).

Фосфатидилхолин, основной фосфолипидный компонент клеточных мембран, а также метаболиты холина способствуют делению и пролиферативному росту клеток, что чрезвычайно важно особенно в ранние сроки беременности.

В эксперименте было показано влияние недостаточности холина на пролиферацию клеток, апоптоз и диффе-

ренцировку в перегородке и гиппокампе мозга (Albright C.D., 1999). Аналогичные изменения в этих структурах обнаружены и при дефиците фолиевой кислоты (Corneliu N., 2004).

Во время внутриутробного развития для поддержки быстрого деления, роста и миелинизации клеток необходимы большие количества холиновых фосфолипидов, таких как фосфатидилхолин и сфингомиелин. Нейромедиатор ацетилхолин, производное холина, влияет на многие процессы в развивающемся мозге (пролиферацию и дифференциацию клеток-предшественников, нейрогенез, глиогенез, выживаемость клеток, морфологию и миграцию, а также синаптическую пластичность) и поддерживает нормальное развитие гиппокампа — отдела мозга, отвечающего за память, обучаемость и внимание (Lang P., 2019).

Более высокие уровни холина у матери смягчают влияние вирусной инфекции, в т. ч. COVID-19, на плод и развитие мозга у детей (Sharon R., 2020). Подчеркивается, что в соответствии с текущими рекомендациями CDC о влиянии COVID-19 на беременность добавки холина вместе с другими витаминами оказывают протективное действие на мозг плода и могут снизить риск психических заболеваний у детей (Freedman R., 2020).

Положительное влияние на нейрокогнитивное развитие ребенка оказывают также фолиевая кислота и витамин D. Проведенное в 2018 г. исследование Yates N.J. et al. показало, что дефицит витамина D у матери и потомства связан с нарушениями в раннем периоде жизни, включая проблемы с обучением и памятью. У детей, рожденных от таких матерей, чаще развиваются гипоксически-ишемические повреждения головного мозга (Stessman L.E., 2018).

Таким образом, все три нутриента способствуют росту и делению клеток и необходимы для нормального развития нервной системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость дотации холина в I триместре обусловлена: эффективностью профилактики врожденных пороков развития плода (альтернативный путь реметилирования гомоцистеина), участием в метаболических и физиологических процессах в плаценте (профилактика плацента-ассоциированных осложнений) и влиянием на развитие нервной ткани и головного мозга плода, что в совокупности с фолатами и витамином D оказывает максимальный профилактический эффект. Такую уникальную комбинацию содержит Фемибион® I.

Список литературы находится в редакции

МедВедомости

портал для врачей

www.medvedomosti.media

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

урология

онкология

кардиология

неврология

педиатрия

акушерство и гинекология

Доступность материалов — один из главных принципов нашего ресурса

НА ПОРТАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

новости медицины;

актуальные материалы научного и прикладного характера для практикующих врачей: аналитические материалы, обзоры, интервью с экспертами, рекомендации по лечению и диагностике, алгоритмы, описания клинических случаев;

свежие выпуски газет;

справочники для специалистов;

анонсы медицинских мероприятий;

архив газет за последние несколько лет;

рассылка свежих выпусков газет с учетом профессиональных предпочтений.

Доступ с любого устройства

Реклама

IX Национальная премия

«Репродуктивное завтра России»:

лауреаты 2021 года

4 сентября в 2021 году в Сочи прошла торжественная церемония награждения лауреатов IX Национальной премии «Репродуктивное завтра России» под эгидой Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) совместно с журналом «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак».

Лучшими в 2021 году стали:

«Призвание — врач». Профессор кафедры урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н. Любовь Александровна Синякова, Москва

«Мастерство». Главный врач центра оперативной гинекологии «Женская клиника», д.м.н., профессор Евгений Юрьевич Глухов, Екатеринбург

«Красная зона». Доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, заведующая отделением для лечения пациентов с COVID-19, к.м.н. Светлана Леонидовна Баннова, Санкт-Петербург

«Подвижность». Заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Гульнара Рафиковна Сагитова, Астрахань

«Первый врач». Заместитель главного врача по медицинской части Екатеринбургского клинического перинатального центра, к.м.н. Ольга Леонидовна Ксенофонтова, Екатеринбург

«На страже женского здоровья». Врач акушер-гинеколог Алтайского краевого клинического перинатального центра Нагайцева Марина Владимировна, Барнаул

«Добрые руки». Главный врач Тюменского родильного дома № 2 Елена Николаевна Максикова, Тюмень

«Спасающий жизни». Заведующая отделением анестезиологии-реанимации Видновского перинатального центра, д.м.н. Елена Николаевна Плахотина, Видное Московской области

«Несущие свет». Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Института медицинского образования Национального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова Минздрава России, ведущий сотрудник Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, д.м.н., профессор Ирина Евгеньевна Зазерская, Санкт-Петербург

«Лучший перинатальный центр». Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2. Главный врач — Татьяна Александровна Веровская

Поздравляем победителей!

Акушерство и гинекология сегодня № 4 (12) / 2021

Аногенитальные бородавки у беременных. Кто рискует больше?

Аногенитальные бородавки, или остроконечные кондиломы аногенитальной области, — частое клиническое проявление папилломавирусной инфекции. По данным ВОЗ, ежегодно в мире отмечается более 42 млн случаев аногенитальных кондилом.



Тамара
Николаевна
БЕБНЕВА

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

АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ (АОК). ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

- В среднем распространенность АОК среди населения России в возрасте от 18 до 60 лет составляет 9,2 % (для сравнения: в мире, по данным систематического обзора, — от 0,2 до 5,1 %) (Patel H, 2013).
- Максимальная распространенность АОК отмечается у молодых женщин 18–24 лет — 14,5 % (Зароченцева Н.В., 2017).
- Вирусы папилломы человека (ВПЧ) 6 и 11-го типов являются причиной 99,8 % наблюдений аногенитальных бородавок.
- Средний промежуток времени между инфицированием и развитием АОК составляет 11–12 мес у мужчин и 5–6 мес у женщин.
- АОК обычно возникают в местах, которые травмируются при половых контактах. Как правило, это кожа половых органов, паховая область, промежность, кожа вокруг заднего прохода.
- Основные симптомы — боль, зуд, патологические выделения из влагалища, кровотечение. В большинстве случаев АОК протекают бессимптомно.
- Течение заболевания зависит от многих факторов: состояния иммунной системы, наличия дисбиотических состояний, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

ВНИМАНИЕ — НОВОРОЖДЕННОМУ

Женщины с АОК могут передать вирус ребенку во время родов. При инфицировании плода ВПЧ 6 и 11-го типов могут вызвать редкое состояние, известное как ювенильный рецидивирующий респираторный папилломатоз (ЮРРП).

Предполагаемая распространенность составляет 1,7–4,3 на 100 000 детей. Наличие АОК у матери является сильным фактором риска ЮРРП — риск в 231 раз выше, а частота составляет 1 случай на 144 родов (Silverberg M.J., 2003). Папилломы формируются в гортани на голосовых связках или других

частях дыхательных путей и выявляются в основном у детей в возрасте младше 5 лет. ЮРРП может привести к обструкции дыхательных путей, вплоть до летального исхода.

ДИАГНОСТИКА АОК

Диагноз обычно ставится при визуальном осмотре. Дифференциальная диагностика проводится с контагиозным моллюском, кондиломами Бушке-Левенштейна, с широкими кондиломами при сифилисе.

Целесообразно обследование на другие ИППП, в том числе определение высококанцерогенных типов ВПЧ и онкоцитологическое исследование жидкостным или традиционным методом с целью исключения заболевания шейки матки.



При беременности АОК, особенно в сочетании с урогенитальными инфекциями, являются фактором высокого риска инфицирования плода и новорожденного, осложнений течения родов и послеродового периода. Поэтому вопросы обследования, активной тактики лечения и методов родоразрешения являются актуальными

Вопрос о морфологической классификации до настоящего времени окончательно не решен. Биопсия проводится при рецидивирующих, не поддающихся лечению кондиломах темного цвета, а также у женщин в менопаузе. Биопсия также может быть показана при ослабленном иммунитете (включая пациентов с ВИЧ-инфекцией) при неясном диагнозе.

Тестирование на ВПЧ не рекомендуется для диагностики аногенитальных

бородавок, поскольку результаты тестов не являются подтверждающими и не влияют на выбор лечения.

ЛЕЧЕНИЕ АОК ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Не существует четких рекомендаций по ведению беременных женщин с АОК. Согласно систематическому обзору (Sugai S., 2021) актуальными методами лечения, описанными в литературе, являются лазерная терапия, криотерапия, имиквимод, фотодинамическая терапия, трихлоруксусная кислота. При принятии решения о выборе метода лечения следует учитывать различные факторы. Основываясь на данных систематического обзора литературы, методом первого выбора является криотерапия, в качестве метода лечения второго выбора — ла-

зерная терапия. Имиквимод может быть рассмотрен в случаях обширных кондилом, которые трудно лечить с помощью криотерапии или лазерной терапии.

Имиквимод представляет собой производное имидазохинолинамина, которое не обладает противовирусной активностью *in vitro*, но заставляет макрофаги секретировать цитокины, такие как интерлейкин-2 и интерферон-α. Эффективен против АОК

в качестве модификатора иммунного ответа. Криотерапию, лазерную терапию и имиквимод можно назначать в любом триместре, серьезных побочных эффектов не наблюдается. В настоящее время эффективность методов лечения больных с АОК, даже с учетом проведения повторных курсов, составляет 60–80 %. Рецидивы в 25–50 % наблюдений наступают в течение первых месяцев после лечения и чаще всего обусловлены реактивацией вируса.

В качестве физиохирургических методов лечения беременных с АОК можно выбрать радиоволновое иссечение (на аппаратах Сургитрон, Фотек), а также применение химических коагулянтов — солкодерма, трихлоруксусной кислоты. Однако после любого вида лечения риск развития рецидивов составляет около 30 %.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Предпочтительны самопроизвольные роды, даже несмотря на наличие образований в области наружных или внутренних половых органов, которые имеются перед родами. Наблюдались случаи, что дети, рожденные путем кесарева сечения у беременных с носительством ВПЧ, страдают папилломатозом гортани. Кесарево сечение проводят беременным при наличии обширного кондиломатоза наружных половых органов, когда это препятствует родам через естественные родовые пути, или по совокупности с другими осложнениями и заболеваниями во время беременности.

Список литературы находится в редакции

Клинический случай (собственное наблюдение)

Пациентка Н., 28 лет, наблюдается по беременности в женской консультации по месту жительства.

Жалобы на образования в интимной области, которые в последнее время увеличились в размерах и количестве, жжение, дискомфорт при ходьбе, обильные выделения из половых путей с резким неприятным запахом. Во время беременности выявлен гестационный сахарный диабет. Назначена инсулинотерапия.

Анамнез жизни. Перенесенные инфекции: ветряная оспа. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, фарингит.

Анамнез заболевания. Несколько лет назад появились бородавчатые образования на больших половых губах. К гинекологу не обращалась. С наступлением беременности заметила увеличение интенсивности роста образований. При постановке на учет по беременности врачом женской консультации была направлена к узкому специалисту по вульвовагинальным заболеваниям.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Контрацепция: барьерная, *coitus interruptus*. Гинекологические заболевания: кандидозный вульвовагинит, диатермозэкцизия шейки матки по поводу эрозии. Беременность первая.

Осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен соответственно сроку беременности 26–27 недель. Матка в физиологическом тонусе, безболезненна во всех отделах. В матке два плода. Шевеления ощущает. Сердцебиения ясные, ритмичные.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. На больших и малых половых губах, при входе во влагалище, в области задней спайки расположены экзофитные образования средних размеров в виде «петушиных гребней», плотные при пальпации, после обработки 3 %-ным раствором уксусной кислоты образования приобрели ацетобелую окраску (рис.).



Рисунок. Пациентка Н., 28 лет. Диагноз: беременность 26–27 недель, двойня. Обширный папилломатоз аногенитальной области. ВПЧ 6 и 11-го типов /Фото из личного архива Т.Н. Бебневой/

Влагалище свободное, стенки не изменены. Выделения серого цвета, пенистые, с резким запахом. Шейка гипертрофирована. Наружный зев закрыт.

В зеркалах: слизистая оболочка влагалища розовая, без патологических изменений, шейка матки конической формы, влагалищная часть длиной до 3 см, изменений нет.

Кольпоскопия: удовлетворительная кольпоскопическая картина, 3Т-I.

Выполнено: микроскопическое исследование влагалищного отделяемого, ПЦР на ИППП, исследование микрофлоры урогенитального тракта методом «Фемофлор», онкоцитологическое исследование. По результатам исследования выявлен бактериальный вагиноз.

Диагноз: беременность двойней 26–27 нед. Гестационный сахарный диабет (инсулинотерапия). Невоспалительная болезнь влагалища (бактериальный вагиноз). Аногенитальные кондиломы.

Лечение: 1-й этап — санация бактериального вагиноза. 2-й этап — удаление кондилом с использованием химической коагуляции (Солкодерм). Химическая коагуляция проводилась в 3 этапа на фоне применения α-2b интерферона (в виде ректальных суппозиторий по 1 млн МЕ, по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней). Обследование и лечение полового партнера. Половой покой.

В дальнейшем течение беременности было без осложнений.

Истмико-цервикальная недостаточность: решение есть!

Проблема диагностики и коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) по-прежнему не теряет своей актуальности. Частота ее в популяции составляет 0,8–1 %, однако у пациенток группы риска эти цифры существенно выше: при позднем выкидыше в анамнезе — 20 %, при ранних преждевременных родах (ПР) — 30 %.



Наталья
Алексеевна
ГАБИТОВА

Д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ГРУППЫ РИСКА

Классическая истмико-цервикальная недостаточность — это диагноз, основанный на акушерском анамнезе повторяющейся потери плода во II или начале III триместра после безболезненного раскрытия шейки матки, пролапса или разрыва плодных оболочек и изгнания живого плода, несмотря на минимальную активность матки (Lotgering F.K., 2007). Относительный риск ПР во время

текущей беременности при ПР в анамнезе по сравнению с их отсутствием составляет 3,4 (95 % ДИ: 1,34–8,68, $p = 0,01$).

К группе высокого риска относят многоплодную беременность: 63 % близнецов из двоен и всех детей из троен и более рождаются недоношенными, по сравнению с 7 % детей, рожденных от одноплодной беременности (Dolgun Z.N., 2016).

Длина шейки матки (ШМ) имеет сильную обратную зависимость с вероятностью спонтанных ПР <35 нед беременности, поэтому в качестве критерия ИЦН рассматривают укорочение ШМ ≤ 25 мм и/или дилатацию цервикального канала (ЦК) ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37-й недели беременности без клинической картины



Оценка риска преждевременных родов часто проводится после 22-й недели беременности, когда обычно уже слишком поздно для значимых вмешательств (Shields L.B., 2021)

угрожающего выкидыша или преждевременных родов (Brown R., 2013).

БЕССИМПТОМНОЕ УКОРОЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ — ГЛАВНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК И ПУСКОВОЙ МОМЕНТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

В группе риска при диагностике ИЦН значимая роль отведена трансвагинальной УЗ-цервикометрии. Исследование следует проводить с 14–16 до 24 недель беременности 1 раз в 1–2 недели (при наличии показаний). Прогностический фактор ПР — длина ШМ ≤ 25 мм до 34 недель при одноплодной беременности (чувствительность — 76 %, специфичность — 68 %). Если укорочение ШМ определяется до 20 недель, риск ПР возрастает в 6 раз.

УЗ-цервикометрия должна быть проведена у бессимптомных беременных с одноплодной беременностью и ПР в анамнезе, а также при беременности двойней. Общий скрининг не следует проводить у бессимптомных беременных женщин без факторов риска ПР, так как сонография ШМ неэффективна в качестве скринингового теста у женщин с низким риском (Mancuso M.S., 2009; Berger R., 2019).

Исследование не проводят пациенткам с цервикальным серкляжем, преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО), предлежанием плаценты, установленным пессарием (Berghella V., 2017).

ПРИНЦИПИАЛЬНЫМ ВОПРОСОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИЦН ЯВЛЯЕТСЯ ПРПО

Проведение теста на подтекание околоплодных вод рекомендовано при осмотре ШМ в зеркалах, без применения лубрикантов, если есть подозрение на ПРПО. Возможно использование следующих тестов: цитологического (симптом «папоротника»), нитразинового, определение фосфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста (ПСИФР-1) или плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) в цервикальной слизи.

Два первых теста вполне приемлемы по цене, однако имеют частоту ложноотрицательных результатов от 20

до 30 % (Ehsanipoor R.M., 2016). Импортные тесты, в основе которых лежит определение ПСИФР-1 и ПАМГ-1, напротив, довольно надежные, но ощутимо более затратные.

КАКОВ ВЫХОД?

В последнее время родовспомогательные учреждения все чаще делают выбор в пользу отечественных аналогов. В сегменте тестовых систем для определения ПРПО такой продукт есть — это экспресс-тест «АмниФлюд» (Новосибирск, Россия), в основе которого лежит определение антигена ПСИФР-1, отличающийся доступной ценой (в 2–3 раза дешевле импортных аналогов) при высоких значениях диагностических характеристик (чувствительность — 95 %, специфичность — 94 %) и скорости получения результата (15 мин).

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ИЦН В ГРУППАХ РИСКА

При одноплодной беременности пациенткам группы риска для снижения вероятности выкидыша и ПР, а также улучшения перинатальных исходов рекомендована комбинация акушерского разгружающего пессария или серкляжа с препаратами вагинального прогестерона (табл.) (Abdel-Aleem H., 2013; Cruz-Melguizo S., 2018; Roman A.R., 2018).

Таблица демонстрирует преимущества пессария и ограничения хирургического способа коррекции ИЦН. Польза серкляжа у женщин с короткой ШМ, но без ПР в анамнезе является сомнительной. После 24 недель беременности предпочтителен акушерский пессарий.



Акушерские пессарии могут иметь значение при лечении пациенток с высокой степенью риска ПР, могут существенно помочь женщинам с короткой шейкой матки независимо от их акушерского анамнеза и могут снизить риск ПР у нерожавших (J.C. Di Renzo, 2019)

Реклама

Куполообразный акушерский пессарий доктор Арабин

из гипоаллергенного медицинского силикона высочайшего качества:

- ✓ Снижает количество преждевременных родов до 34 недель беременности в 4 раза
- ✓ Уменьшает давление плодного пузыря на внутренний зев
- ✓ Снижает риск бактериальной колонизации
- ✓ Способствует снижению риска кровотечения в родах
- ✓ Установка и удаление производится в амбулаторных условиях

1. Клинические рекомендации МЗ РФ №671 "Истмико-цервикальная недостаточность" 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/671_1
2. КР МЗ РФ «Многоплодная беременность», 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/638_1
3. КР МЗ РФ «Преждевременные роды», 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/331_1
4. Maria Goya et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomized controlled trial. Lancet. 2012 May 12;379(9828): 1800–6.
5. Баринов С.В., Шамина И.В., с соавт. Комплексный подход к ведению пациенток с применением акушерского пессария у беременных высокого риска по преждевременным родам. Акушерство и гинекология. 2016; 1:88–94.

WWW.DR-ARABIN.RU
WWW.ARABIN24.RU

Метаанализ 2017 г. подтверждает, что применение пессария увеличивает продолжительность гестации и снижает необходимость применения токолиза и кортикостероидов по сравнению с выжидательной тактикой (A-1a) (Jin Z., 2017).

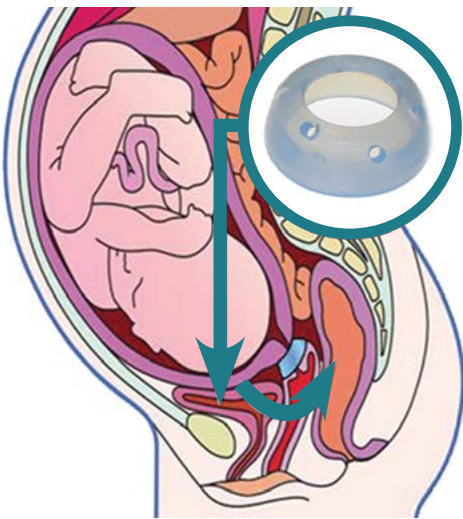
При многоплодной беременности не рекомендовано рутинное наложение швов на ШМ (серкляж) с целью профилактики выкидыша и ПР, так как оно значительно повышает риск ПР и перинатальную смертность, а предпочтительным является введение акушерского разгружающего пессария с 12 до 34 недель (Goya M., 2016; Fox N.S., 2016; Thangatorai R., 2018).

Использование цервикального пессария при двойне в исследовании PECER-Twins было связано со значительным

снижением ПР по сравнению с группой наблюдения (16,2 против 39,4 % соответственно, ОР = 0,41; 95 % ДИ: 0,22–0,76) (A-1b) (Goya M. et al., 2016).

При ИЦН у пациенток с предлежанием/врастанием плаценты наложение швов на шейку матки для пролонгирования беременности и уменьшения риска кровотечения не рекомендовано. Напротив, есть данные о применении у этой группы пациенток акушерского пессария.

Так, в исследовании профессора С.В. Баринова с соавт. (2018) оценивалась эффективность применения акушерского пессария Доктор Арабин в сочетании с микронизированным прогестероном у беременных с полным/неполным предлежанием плаценты и низкой плацентацией.



высокого качества и имеет куполообразную форму, которая и определяет его механизм действия:

- замыкание цервикального канала и препятствие раскрытию внутреннего маточного зева;
- уменьшение давления плодного пузыря на внутренний зев за счет изменения маточно-цервикального угла;
- сохранение слизистой пробки в цервикальном канале и поддержание состояния иммунологического барьера между плодным яйцом и вагинальной микрофлорой (снижение вероятности инфицирования).

Акушерские пессарии рекомендованы к использованию клиническими рекомендациями РОАГ и утверждены МЗ РФ: «Преждевременные роды» (2020), «Многоплодная беременность» (2021), «Истмико-цервикальная недостаточность» (2021)

Таблица. Профилактика и терапия преждевременных родов у беременных в группах риска

Показания	Пессарии	Серкляж	Прогестерон
ИЦН, высокий риск ПР	Установка с 12 по 37 нед	Наложение швов с 12 по 26,6 нед	С момента постановки диагноза по 34 нед
	• Неинвазивно! • Эффективен при одно- и многоплодной беременности • Не нужны а/б • Амбулаторно или в стационаре	• Инвазивно! • Не рекомендуется при многоплодии • Требуется назначение а/б • Только в стационаре!	Возможно сочетание с пессарием или серкляжем

Результаты исследования впечатляют: частота ранних ПР до 34 недель была в 2,7 раза ниже и риск кровотечений в родах в 3 раза ниже по сравнению с получавшими только прогестерон. Кроме того, в 48 % случаев у беременных с предлежанием плаценты на фоне пессария Доктор Арабин происходила ее миграция (в основном — при низкой плацентации), как полагают авторы, за счет снижения IR в аркуатных артериях и улучшения кровоснабжения нижнего сегмента матки, а также вследствие изменения переднего маточно-цервикального угла.

Пессарий Доктор Арабин выполнен из гипоаллергенного биосовместимого медицинского силикона (SILPURAN)

Акушерский пессарий Доктор Арабин применяется уже более 40 лет!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ИЦН у беременных требует ранней диагностики и своевременного проведения коррекции, методы которой включают микронизированный прогестерон, серкляж и акушерский пессарий Доктор Арабин. Последний демонстрирует благоприятные результаты и имеет ряд преимуществ (неинвазивен, может назначаться амбулаторно с 12 до 37-й недели, в том числе при многоплодной беременности, не требует назначения антибиотиков, имеет низкую частоту осложнений).

Список литературы находится в редакции

НОВОСТИ

Вакцинация во время беременности: никакого риска

В конце октября в пресс-центре «Россия сегодня» состоялся круглый стол, на котором эксперты рассказали об особенностях течения новой коронавирусной инфекции и ее осложнениях у беременных и рожениц и обсудили вопросы вакцинации будущих матерей.

Директор Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России Г.Т. Сухих привел тревожные цифры: в нашей стране с января по конец октября текущего года число беременных, которые уже перенесли или в данный момент переносят COVID-19, достигло 53 тыс. и продолжает расти. Это 6 % от всех беременных, коих в настоящее время насчитывается 760 тыс.

Как заявила главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин Минздрава России Н.В. Долгушина, в Кулаковском центре проводятся исследования по влиянию новой коронавирусной инфекции на женское здоровье. Одно из них, в котором приняли участие 140 женщин, проходящих по программе вспомогательных репродуктивных технологий, показало, что у пациенток позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет), переболевших коронавирусной инфекцией в среднетяжелой или тяжелой форме, наблюдается значительное снижение овариального резерва яичников — шансы на успешное оплодотворение у них в 5 раз ниже.

Но больше всего экспертов волнует рост материнской смертности. По словам главного внештатного специалиста по акушерству Минздрава России Р.Г. Шмакова, количество летальных исходов среди беременных, рожениц и родильниц в этом году увеличилось в 3 раза по сравнению с предыдущим годом. В стране от COVID-19 ежедневно умирают 2 беременные/кормящие



женщины. Увеличивается и частота осложнений гестации — преждевременных родов, выкидышей, преэклампсии, задержки роста плода и т.д. И это касается в основном невакцинированных женщин, подчеркнул эксперт.

Участники круглого стола единодушно сошлись во мнении, что защитить будущую мать и ребенка от опасного вируса способна только вакцинация.

Однако беременные не спешат делать прививку, боясь негативных последствий для здоровья. Доля привитых среди беременных в настоящее время составляет всего 1,3 %. Между тем, как заявил Р.Г. Шмаков, «сейчас уже не возникает споров, можно ли вакцинировать во время беременности и лактации. Огромный международный опыт показывает, что вакцинация на любом сроке беременности, подчеркиваю, НА ЛЮБОМ, и во время лактации не вызывает увеличения риска ни самопроизвольных выкидышей, ни преждевременных родов, ни других осложнений». При этом антитела к COVID-19, вырабатываемые после прививки в организме матери, передаются ребенку и защищают его в первые месяцы жизни.

Вакцинации не стоит опасаться и тем, кто только планирует зачатие. Причем это относится и к женщинам, и к мужчинам.

Н.В. Долгушина привела данные еще одного исследования, проведенного в НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, с участием 200 женщин и 150 мужчин. «Мы изучали влияние вакцины («Спутник V» — Прим. ред.) не только на овариальную функцию женщин и сперматогенез у мужчин, но и на выработку аутоиммунных антител. Идея была такова, что если вакцина и может оказывать негативное влияние, то через этот механизм. Но никаких негативных эффектов мы не обнаружили — ни на женское, ни на мужское здоровье», — рассказала эксперт, добавив, что аналогичные результаты показывают и зарубежные исследования по другим вакцинам.

Ольга Кононова

Беременность — не болезнь, а «естественная модель» метаболического синдрома

Прогресс в изучении человеческого организма меняет наши представления о «норме». Так, за последние десятилетия поменялись нормативные показатели продолжительности жизни, индекса массы тела, уровней артериального давления, глюкозы и холестерина крови, спермограммы, продолжительности родов и перинатального периода. Каковы же современные представления о физиологическом течении беременности и какие клиничко-лабораторные показатели им соответствуют в текущем десятилетии?

Г.Б. Дикке

ЧТО ТАКОЕ «НОРМА»?

Норма в медицине — это состояние динамического равновесия между биопсихосоциальными параметрами человека и идентичными параметрами окружающей его среды. Четкое знание нормы показателей гомеостаза у небеременных женщин и закономерностей формирования и течения физиологической беременности, особенно динамики лабораторно-инструментальных показателей, необходимо для своевременного разграничения физиологических компенсаторно-приспособительных изменений, характеризующих «норму беременности», состояния длительной компенсации, характерного для беременных, когда лабораторные показатели долгое время остаются на пограничном уровне референсных значений и отражают «норму компенсированной патологии», и собственно патологических отклонений, свидетельствующих о формировании осложнений беременности. Такой подход позволяет стратифицировать беременных в группы риска, осуществлять профилактические мероприятия, способствует ранней диагностике и лечению возможных осложнений и, соответственно, улучшению исходов беременности для матери и плода.

НОРМА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: СДВИГИ В МЕТАБОЛИЗМЕ МАТЕРИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ВЫСОКИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ ПЛОДА

И.С. Липатовым с соавт. (2020) проведено исследование, целью которого было обосновать современную «норму беременности» с позиции жизнеобеспечения плода. Для этого было обследовано 80 здоровых женщин: 40 беременных и 40 небеременных — со средним возрастом 27,4 (3,7) и 26,5 (4,0) года и ИМТ 22,1 (0,8) и 22,4 (0,7) кг/м² соответственно. По мнению авторов, нормальные клиничко-лабораторные показатели беременных характеризуются рядом состояний и повышением параметров, их характеризующих (рис.), в динамике беременности (в I, II и III триместрах по сравнению с небеременными женщинами соответственно): инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия, гиперлептинемия, повышение атерогенных фракций липидов, провоспалительное состояние, гиперкоагуляционное состояние, проявляющееся активацией эндотелиально-тромбоцитарного звена свертывающей системы крови, гиперурикемия,

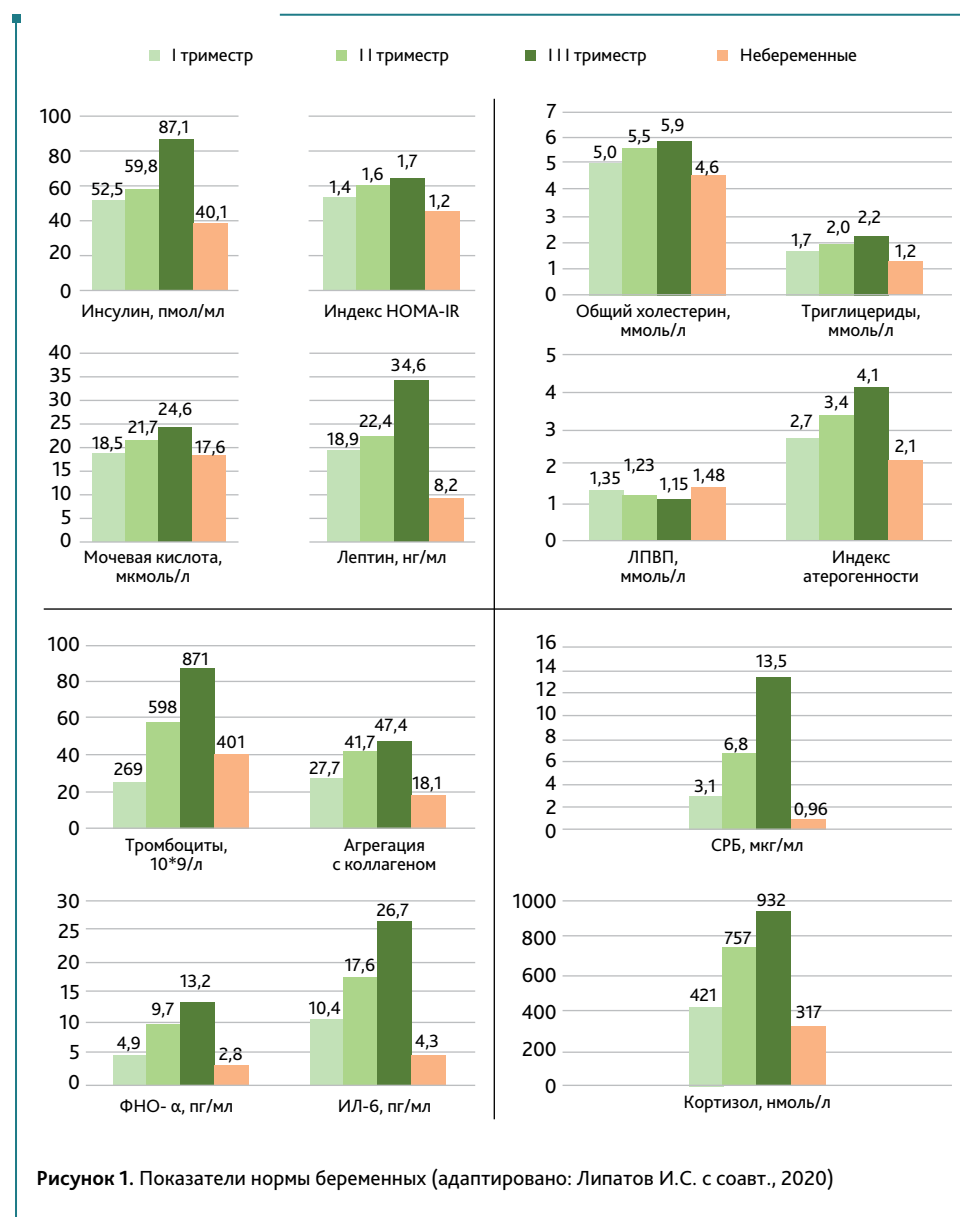


Рисунок 1. Показатели нормы беременных (адаптировано: Липатов И.С. с соавт., 2020)

гиперкортизолемию, висцеральный тип жиротложения (увеличение индекса жира брюшной стенки на 24 % к III триместру по сравнению с I триместром).

Во время беременности происходит целый ряд изменений в ответ на высокие энергетические и метаболические потребности органов и тканей растущего плода (Echeverria C. et al., 2020)

По мнению И.С. Липатова, эти изменения при физиологической беременности направлены на энергетическое и пластическое жизнеобеспечение плода с неблагоприятным диабетогенным и атерогенным сдвигом метаболизма у матери. Схожесть «нормы беременности» с функциональной фазой

метаболического синдрома позволила авторам прийти к выводу, что беременность — это естественная модель метаболического синдрома (МС).

Представленные изменения, с одной стороны, носят адаптивный характер, обеспечивая организм матери наиболее энергетически емкими субстратами в условиях перенаправления глюкозы к плоду вследствие ИР тканей беременной и накопления липидов, а с другой — выступают альтерирующим фактором, поддерживая состояние ИР, повреждая клетки эндотелия сосудов, активируя тромбоциты и нейтрофилы, вызывая провоспалительные изменения.

Первым барьером на пути повреждающего воздействия формирующейся ИР, атерогенных фракций липидного профиля, повышенного уровня провоспалительных цитокинов и свободных радикалов выступает эндотелий

сосудистой стенки. Перечисленные факторы вызывают гиперактивацию и повреждение эндотелиоцитов с развитием дисфункции эндотелия сосудов, что подтверждается нарастанием циркулирующих эндотелиальных клеток у беременных (8 кл/100 мкл, 14 кл/100 мкл и 22 кл/100 мкл соответственно срокам гестации), значимым различием значений во II ($p = 0,02$) и III ($p < 0,001$) триместрах по сравнению с небеременными, а также увеличением фибронектина.

Однако при физиологической беременности срабатывают механизмы, сдерживающие избыточное повреждение эндотелия и гиперкоагуляционный потенциал: вазопротекторное действие компенсаторной гиперинсулинемии, проангиогенное состояние (повышение синтеза сосудистого эндотелиального фактора роста и фактора роста плаценты), активация в плаценте противосвертывающих факторов (простагландин, аннексин V и др.), экспрессия гепарина, протеинов С и S на поверхности трофобласта для сохранения ламинарного тока в межворсинчатом пространстве. Провоспалительные сдвиги гомеостаза компенсируются адаптивным нарастанием противовоспалительных цитокинов вследствие трансформации Th1- в Th2-зависимый тип иммунного ответа, отсутствием на поверхности трофобласта классических антигенов системы HLA, формированием на его поверхности фибринового слоя, скрывающего специфические антигены.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ МОГУТ БЫТЬ ИЗБЫТОЧНЫМИ

Большинство изменений материнского метаболизма и воспалительного статуса считаются нормальными физиологическими реакциями, способствующими росту и развитию плода. Вскоре после родов метаболизм обычно возвращается к состоянию до беременности. Однако у некоторых женщин изменения могут быть избыточными и связанными с неблагоприятными исходами беременности, например: гестационным диабетом, гипертензивными расстройствами, преэклампсией и преждевременными родами (ПР). Эти осложнения связаны также в будущем с повышенным риском сахарного диабета (СД) и сердечно-сосудистых заболеваний как у матери, так и у потомства.

Характеристика нормальных метаболических и воспалительных изменений во время беременности имеет решающее значение для определения ключевых питательных веществ для нормального роста и развития плода, а также для выявления изменений, которые могут предвещать риск неблагоприятных исходов беременности (Wang Q., Финляндия, 2016)

ЭНДОТЕЛИЙ СОСУДОВ — «КЛЮЧЕВОЙ ИГРОК» В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Нарастание изменений вызывает схожие с МС нарушения и снижение резерва адаптации, но максимальное напряжение сохраненных механизмов ауторегуляции обеспечивает благоприятный гестационный и перинатальный исход в рамках «нормы компенсированной патологии». В свою очередь, наличие дестабилизирующих эпигенетических, наследственных, экологических факторов, образа жизни и пищевого поведения приводит к дисметаболическим нарушениям и ассоциированным с ними механизмам дезадаптации с последующей клинической реализацией гестационных осложнений, которые относят к плацента-ассоциированным эндотелий-зависимым патологическим состояниям. При этом риск гестационных осложнений, связанных с дисфункцией эндотелия (ДЭ), многократно увеличивается при наличии имевшихся до наступления беременности или

развившихся во время нее экстрагенитальных заболеваний или состояний, являющихся маркерами ДЭ.

Экстрагенитальные заболевания у беременных — маркеры дисфункции эндотелия:

- гипертоническая болезнь;
- сахарный диабет;
- метаболический синдром;
- тромбофилии;
- антифосфолипидный синдром;
- аутоиммунный гипертиреоз;
- гипергомоцистеинемия.

Другие заболевания и состояния, связанные с дисфункцией эндотелия:

- возраст 35+;
- курение;
- синдром поликистозных яичников;
- гиперандрогения;
- венозная тромбоэмболия в анамнезе;
- привычный выкидыш;
- неудачи ЭКО.

С другой стороны, акушерские осложнения относят к гендер-специфичным

факторам кардиометаболического риска у женщин. Известно, что в отдаленные сроки риск развития МС у женщин с преэклампсией, перенесенной во время беременности, увеличивается по сравнению с теми, у кого ее не было, на 30 % (Cho G.J., 2019), а у женщин с первой беременностью в возрасте старше 35 лет и преэклампсией риск МС увеличивается более чем в 4 раза (Yang J.J., 2015). Метаанализ (17 исследований) продемонстрировал повышение риска МС после гестационного диабета в 4 раза, а у женщин с ожирением — в 5,4 раза (Xu Y., 2014). Результаты систематического обзора и метаанализа (43 исследования) продемонстрировали повышенный риск МС у женщин с ПР в анамнезе (Markoroulou P., 2019). Раннее выявление дисфункции эндотелия сосудов является критическим в профилактике осложнений гестации и метаболических рисков. В связи с этим возникает необходимость коррекции ДЭ и нарушений в системе гемостаза, что позволит предупредить эндотелий-зависимые осложнения беременности. Причем эти лечебно-профилактические мероприятия необходимо проводить и на этапе прегравидарной подготовки, и во II и III триместрах беременности.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРУППАХ РИСКА

Наиболее выраженным действием на эндотелий сосудов обладает гепариноид сулодексид (Вессел® Дуэ Ф), способный

восстанавливать целостность гликокаликса и эндотелия сосудов, который оказывает антитромботическое и ангиопротекторное действие, реализуемое через восстановление функции гликокаликса и эндотелия. Механизм действия сулодексида объясняется высокой тропностью к эндотелию сосудов (90 % препарата абсорбируется именно на его поверхности). Показанием к применению сулодексида являются ангиопатии с повышенным риском тромбообразования, что отражено в инструкции по его применению.

Для профилактики осложнений гестации, включая преэклампсию, на догестационном этапе и у беременных с клиническими маркерами ДЭ применение сулодексида обосновано в работах Е.В. Мозговой (2008) и других исследователей: рекомендуется его назначение по 250 ЛЕ 2–3 раза в день в течение 3–4 нед несколькими курсами (оптимально — в 14, 20 и 30 нед). В комплексной терапии преэклампсии также рекомендуется применять сулодексид, при этом длительность курса определяется индивидуально в зависимости от динамики клинических проявлений. При выявлении ДЭ у беременных с хронической артериальной гипертонией, СД I типа, гестационным СД и эпилепсией Э.М. Джобавой с соавт. (2013) проведено исследование, в котором применяли сулодексид на фоне

Продолжение на с. 12 ►

РАССВЕТ НОВОЙ ЖИЗНИ

- Восстанавливает функциональную целостность эндотелия
- Не обладает антикоагулянтным эффектом при пероральном применении¹
- Позволяет снизить частоту развития гестационных осложнений, связанных с эндотелиальной дисфункцией²⁻⁴



Рег.номер П N012490/01

Для получения подробной информации ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата ВЕССЕЛ ДУЭ Ф.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Вессел Дуэ Ф, рег. номер П N012490/01.
2. Федоренко А.В., Дикке Г.Б. Плацентарная недостаточность у беременных с гестационной артериальной гипертензией и патогенетический подход к ее профилактике. Фарматека. 2015.
3. Dola L.L., Henyk N.I. Optimization of management tactics of women with fetal loss syndrome against the background of Thrombophilia. The Pharma Innovation Journal. 2017; 6(2): 172–173.
4. Мозговая Е.В., Печерина Л.В. Эффективность сулодексида в комплексной профилактике гестоза у беременных с сахарным диабетом типа 1. Фарматека. 2006; 3: 128–133.

ALFASIGMA
Фармацевтика как искусство

ООО «Альфасигма Рус», 125009, Москва, ул. Тверская, д. 22/2, корпус 1, 4 этаж, пом. VII, комн. 1.
Тел./факс (495) 225-36-26, www.alfasigma.com.ru

РЕКЛАМА

Беременность — не болезнь, а «естественная модель» метаболического синдрома

Продолжение, начало на с. 10

индивидуальной терапии основного заболевания. Показано, что частота декомпенсации плацентарной недостаточности (ПН), задержки роста плода (ЗРП), ПР, а также состояний плода средней тяжести при рождении была ниже при использовании сулодексида. Не было ни одного случая тяжелых форм преэклампсии или перинатальных потерь.

Изучение И.С. Савельевой метаболического синдрома у женщин с ожирением свидетельствует о неблагоприятном течении беременности и родов в 70 % наблюдений. На догестационном этапе

и на сроках 20–22 и 32–34 нед беременности автор рекомендует пациенткам с МС проводить курс профилактической терапии преэклампсии и ПН с использованием сулодексида, что позволяет снизить частоту преэклампсии в 1,4 раза, ПН — в 2 раза и полностью исключить преждевременные роды.

В литературе отмечается, что при субкомпенсированной ПН у большинства женщин диагностируется ЗРП и снижение ее частоты происходит при использовании сулодексида по сравнению с не получавшими его: 8 % против 21 % (Мозговая Е.В., 2008), 13 % против 46 %

(Путилова Н.В., 2011). Напротив, не отмечено снижения частоты ЗРП при применении низкомолекулярного гепарина (18 % против 18 % соответственно).

С.С. Мондоевой (2008) не выявлено ПН у женщин с преэклампсией после курса лечения сулодексидом, а среди не получавших его ПН развилась у 62 %. В нашем исследовании (Дикке Г.Б. с соавт., 2019) отношение риска (ОР) наступления осложнений у лиц, получавших сулодексид, в сравнении с контрольной группой составило для ПН 0,37 (95 % ДИ: 0,18–0,74), для гипоксии — 0,23 (95 % ДИ: 0,07–0,73) и для ЗРП — 0,38 (95 % ДИ: 0,20–0,72), что свидетельствует в среднем о 30 %-ном снижении риска развития осложнений при введении в комплекс лечения ангиопротектора для коррекции ДЭ.

Имеется положительный отечественный опыт использования сулодексида при СПКЯ с осложненным течением беременности в анамнезе на прегравидарном этапе с целью прекоцепционной коррекции ДЭ (Кузнецова И.В. и соавт., 2020). Расширение применения сулодексида как терапии первой линии гестационных осложнений, обусловленных ДЭ и тромбофилической предрасположенностью, может также стать основой профилактики кардиоваскулярной заболеваемости в будущем.

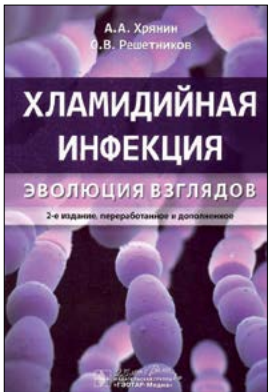
Таким образом, рациональная и своевременная ангиопротективная терапия среди женщин с высоким риском акушерских осложнений может существенно улучшить исходы беременности для матери и новорожденного.

Список литературы находится в редакции

КНИЖНАЯ ПОЛКА

Хламидийная инфекция: эволюция взглядов

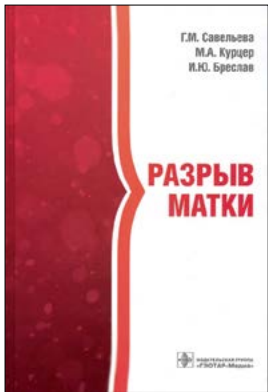
А.А. Хрянин, О.В. Решетников
2020, 208 с.
ISBN: 978-5-9704-5594-4



В руководстве на основе собственных исследований авторов и данных мировой литературы представлена эволюция взглядов в отношении хламидийной инфекции. Освещены основные вопросы эпидемиологии, патогенеза, лабораторной диагностики, лечения и профилактики. Издание предназначено практикующим врачам: дерматовенерологам, акушерам-гинекологам, урологам, исследователям в данных научных областях, врачам общей практики, а также слушателям курсов повышения квалификации, клиническим ординаторам и студентам медицинских вузов.

Разрыв матки

Г.М. Савельева, М.А. Курцер,
И.Ю. Бреслав
2021, 208 с.
ISBN: 978-5-9704-6399-4



С современных позиций представлены этиология и патогенез различных вариантов разрывов матки, описаны первые, иногда малозаметные симптомы угрозы и начавшегося разрыва матки, знание которых позволяет своевременно провести кесарево сечение. Доказана целесообразность органосохраняющих операций, приведены методы гемостаза и возмещения кровопотери при разрывах матки, рекомендованы пути профилактики. Издание рассчитано на акушеров-гинекологов, семейных врачей и врачей скорой помощи, а также студентов медицинских вузов и ординаторов.

Диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции

Под редакцией В.И. Вечорко
2021, 400 с.
ISBN: 978-5-89816-180-4



Это первое отечественное руководство по борьбе с новой коронавирусной инфекцией. Книга отражает опыт работающих в «красной» зоне врачей — сотрудников ГКБ № 15 им. О.М. Филатова г. Москвы. В книге описаны этапы перепрофилирования многопрофильного стационара в инфекционный госпиталь, диагностика и лечение больных COVID-19, а также, что особенно ценно, — оказание помощи пациентам с различными видами кардиологической, нефрологической, акушерско-гинекологической и иной патологии, сочетающейся с новой коронавирусной инфекцией.

ОТДОХНИ



Выбор главного редактора
Галины Борисовны Дикке



Выбор
Елизаветы Юрьевны Лебедеко

Спросите медсестру

Россия, 2020
Режиссер: Дмитрий Петрунь
Жанр: драма, мелодрама
В главной роли: Елена Панова



Валерия — талантливый врач-реаниматолог. Работа в престижной столичной клинике, планы дочери на поступление в вуз, роман с главврачом... Все это рушится, когда Валерия, спасая наркозависимую девочку от передозировки, идет на крайние меры и терпит неудачу. Отец девочки, влиятельный человек Ревзин, лишает Валерию права практиковать в качестве врача и даже готов — око за око — навредить ее дочери. Валерия вынуждена уехать в Петрозаводск и устроиться в больницу обычной медсестрой, используя свой диплом об окончании медучилища. Ее задача — неприметно работать, не выдавая своих врачебных навыков и не привлекая внимания, а цель — спасти дочь...

Рэй Брэдбери «Вино из одуванчиков»

Классическое произведение, вошедшее в золотой фонд мировой литературы. Эта книга — настоящий глоток тепла, свободы и счастья. Попытка сохранить, запечатать в бутылке солнечный свет уходящего детства... Войдите в светлый мир двенадцатилетнего мальчика и проживите с ним одно лето, наполненное событиями радостными и печальными, загадочными и тревожными; лето, когда каждый день совершаются удивительные открытия, главное из которых — ты живой, ты дышишь, ты чувствуешь!



Акушерство и гинекология

4 (12) / 2021

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом
«АБВ-пресс»

Генеральный директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Дикке Галина Борисовна

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ
И УЧРЕДИТЕЛЯ

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

www.abvpress.ru
abv@abvpress.ru

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

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

Заказ № 213354

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.