

Тема
номера

Вирус папилломы человека

**Бактериальный вагиноз
и ВПЧ-инфекция
в постменопаузе** с. 4**Сохранить
репродуктивный потенциал
онкологических больных** с. 7**Эстетическая
гинекология. Кому, когда,
зачем?** с. 8**Ведение женщин
с предраковыми
заболеваниями шейки матки** с. 10

ОТ РЕДАКТОРА

**Галина
Борисовна
ДИККЕ**

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

Уважаемые коллеги!

Дорогие друзья!

Вирус папилломы человека (ВПЧ) — это название группы из 200 известных вирусов. У большинства людей они не вызывают беспокойства: у 90 % инфицированных организм самостоятельно контролирует инфекцию, что сопровождается элиминацией вируса из организма. Персистирующая инфекция типами ВПЧ высокого канцерогенного риска вызывает рак шейки матки, а также связана с раком вульвы, влагалища, рта/горла, полового члена и ануса. По оценкам ВОЗ, в 2019 году ВПЧ стал причиной 620 тыс. случаев онкологических заболеваний у женщин и 70 тыс. у мужчин. Рак шейки матки стал четвертой по значимости причиной онкологической смертности среди женщин в 2022 году: во всем мире было зарегистрировано около 660 тыс. новых случаев и около 350 тыс. смертей. Рак шейки матки составляет более 90 % случаев рака, связанных с ВПЧ, у женщин. Самые высокие показатели заболеваемости и смертности от рака шейки матки наблюдаются в странах с низким и средним уровнем дохода. Это отражает серьезное неравенство, вызванное отсутствием доступа к национальной вакцинации против ВПЧ, услугам скрининга и лечения шейки матки, а также социальными и экономическими детерминантами.

Профилактическая вакцинация против ВПЧ может предотвратить перечисленные выше виды рака. Кроме того, скрининг на ВПЧ и лечение предраковых поражений являются эффективными методами вторичной профилактики рака шейки матки.

Ввиду отсутствия государственных программ вакцинации в России на первое место выступает именно вторичная профилактика — выявление и лечение интраэпителиальных поражений шейки матки, о некоторых нюансах которых мы рассказываем в этом выпуске.

ИНТЕРВЬЮ

ВПЧ-инфекция и беременность

По данным ВОЗ, рак шейки матки (РШМ) занимает четвертое место по распространенности среди всех видов злокачественных опухолей у женщин. Статистика более чем тревожна: в 2020 г. в мире зафиксировано 604 тыс. новых случаев этого заболевания и 342 тыс. случаев смерти от него. РШМ у женщин во время беременности и в течение 12 месяцев после родов выявляют достаточно редко — 1–3 % среди всех случаев рака этой локализации. Тем не менее редко — не означает никогда, а потому клиницисту нужно чрезвычайно внимательно отнестись к вопросам ведения пациенток этой категории. Обо всех нюансах мы поговорили с ведущим отечественным экспертом — к.м.н. Тамарой Николаевной БЕБНЕВОЙ.

**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 (Москва), секретарь Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазиям

— Тамара Николаевна, какова ситуация с РШМ в период гестации в нашей стране?

— Согласно данным Минздрава России (2010), частота выявления РШМ

в период гестации колеблется от 1:2000 до 1:5000, преинвазивной карциномы *in situ* — 1:770. В этой связи важно понимать, что о влиянии беременности на прогрессирование предраковых заболеваний среди специалистов пока идут многочисленные дискуссии. Тем не менее уже точно известно, что у беременных, прошедших курс терапии интрацервикальной неоплазии (CIN), риск рецидива предрака увеличивается в 10 раз по сравнению с небеременными.

— С какими основными трудностями сталкиваются клиницисты в процессе ведения беременных с РШМ?

— В первую очередь хочется отметить, что визуализация шейки матки во время беременности сопряжена с рядом трудностей. Использование цитологического и кольпоскопического методов исследований в этот период имеет ряд ограничений ввиду их низкой

чувствительности и специфичности, а выполнение биопсии может привести к осложнениям и потере беременности. В целом распространенность аномальной цитологии шейки матки при беременности аналогична таковой у небеременных женщин того же возраста и составляет от 3 до 10 %, она чаще встречается в возрасте от 30 до 40 лет.

Кроме того, лечебная тактика ограничена и основана на консенсусе и рекомендациях экспертов при отсутствии единых стандартов по ведению беременных.

— В чем особая уязвимость беременных?

— Повышение частоты развития неопластических процессов шейки матки в наше время объясняется тенденцией к увеличению среднего возраста беременных и ростом распространенности

Продолжение на с. 2 ►

НОВОСТИ

Эксперимент продолжится

С инициативой расширения программы по дистанционному мониторингу состояния беременных выступило Министерство экономического развития РФ. Информация о соответствующем правительственном постановлении опубликована на портале regulation.gov.ru.

Экспериментальный проект по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья страдающих хроническими заболеваниями стартовал весной 2023 г. Изначально посредством системы «Персональные медицинские помощники» отслеживались параметры при артериальной гипертензии (АГ) и сахарном диабете (СД). Спустя год госкорпорация «Ростех» и входящее в нее АО «Объединенная приборостроительная корпорация» объявили о добавлении в цифровую платформу опции по мо-

нитингу некоторых категорий беременных. В этом году наблюдение охватит 2 тыс., а в следующем — уже 4 тыс. пациенток групп высокого риска, проживающих во Владимирской и Астраханской областях, республиках Башкортостан, Алтай и Саха (Якутия). В фокусе специалистов — гестационная АГ, преэклампсия, гестационный СД, проявления гипоксии плода и задержки внутриутробного развития. Женщине выдаются глюкометр, тонометр и прибор для измерения частоты сердечных сокращений плода. К системе подключаются фетальные мониторы для контроля за показателями. Данные поступают по Bluetooth в мобильное приложение на смартфоне, затем через информсистему «Персонального медицинского помощника» их видит и анализирует врач. Цель проекта — снижение уровня материнской заболеваемости и смертности путем своевременного выявления осложнений беременности. На основании полученных результатов будет принято решение о дальнейшем распространении эксперимента на другие регионы.

◀ Продолжение, начало на с. 1

— На этот счет мнения экспертов также пока неоднозначны. Так, ряд

К сожалению, в нашей стране государственных программ организованного скрининга пока нет, в связи с чем необходимо активно использовать оппортунистический скрининг с учетом современных рекомендаций ВОЗ и предлагать женщинам в качестве первичного теста исследование на ВПЧ с определением типов вируса и последующее цитологическое исследование при положительном результате

— Механизмы, приводящие к развитию РШМ, включают не только персистенцию (интегрированной формой) ВПЧ, но и другие факторы, среди которых воспаление занимает одно из ведущих мест. Тут уместно упомянуть несколько цифр. Так, болезни шейки матки в популяции встречаются у 10–15 %, и преимущественно они представлены воспалительными заболеваниями (60–89 %), а еще примерно

Общая рекомендация может звучать так: необходимо выявлять воспалительные заболевания нижнего отдела половой тракта у беременных и своевременно проводить их санацию для уменьшения риска РШМ.

— Практикующему врачу всегда следует держать в голове информацию о том, что ПВИ у беременных обуславливает снижение уровня лактобактерий в вагинальном содержимом и увеличивает риск дисбиотических нарушений влагалища. При этом персистирующая ВПЧ-инфекция, ИППП (хламидийная инфекция), условно-патогенные микроорганизмы (уреаплазменная инфекция) и дисбиозы влагалища (бактериальный вагиноз) совершенно четко связаны с хроническим воспалением и ответственны за прогрессирование CIN и риск РШМ.

На фоне гестации влияние гормональных факторов на слизистую оболочку шейки матки может внести свои коррективы в кольпоскопическую и цитологическую картины. Они меняются за счет гиперплазии и метаплазии эпителия, децидуоза стромы. Именно этим обусловлены сложности верификации ранних форм РШМ у беременных. Здесь крайне важно проявить внимательность и анализировать большой массив входящей информации,

— В определенной степени да. Согласно действующим клиническим рекомендациям, к факторам риска РШМ относятся: раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, отказ от контрацептивов «барьерного» типа, курение, иммуносупрессия. В последнее время много дискуссий вокруг роли ИППП в возникновении цервикальных злокачественных опухолей. Как мы видим, ряд факторов вполне можно квалифицировать как модифицируемые. Значит, в этом направлении и следует действовать. В том числе во время консультативных приемов по любым вопросам акушерско-гинекологической практики. И, безусловно, выявление факторов риска становится показанием к выполнению регулярного скрининга РШМ.

Акушерство и гинекология сегодня № 2 (21) / 2024

— О чем стоит позаботиться еще на прегравидарном этапе?

— Очень важный вопрос. В нашей стране прегравидарная подготовка как серьезное направление предикции целого ряда акушерских и гинекологических осложнений пока не столь развита. Мы движемся в этом направлении, но очень медленно, буквально маленькими шажками формируя тренд предусмотрительности.

В контексте минимизации онкологических рисков, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией, конечно, стоит говорить о вакцинации — первичной специфической профилактике. И тут тоже все непросто. При планировании беременности вакцинацию против ВПЧ следует отложить до ее завершения. Во время беременности вакцинация не показана. Если зачатие наступило после начала вакцинации, введение оставшейся дозы откладывают на послеродовой период. Таким образом, профилактическая прививка должна быть выполнена существенно заранее.

Важно отметить, что число самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов у вакцинированных женщин в 2 раза меньше по сравнению с теми, кто не получил вакцину против ВПЧ (2,3 и 5,1 % соответственно).

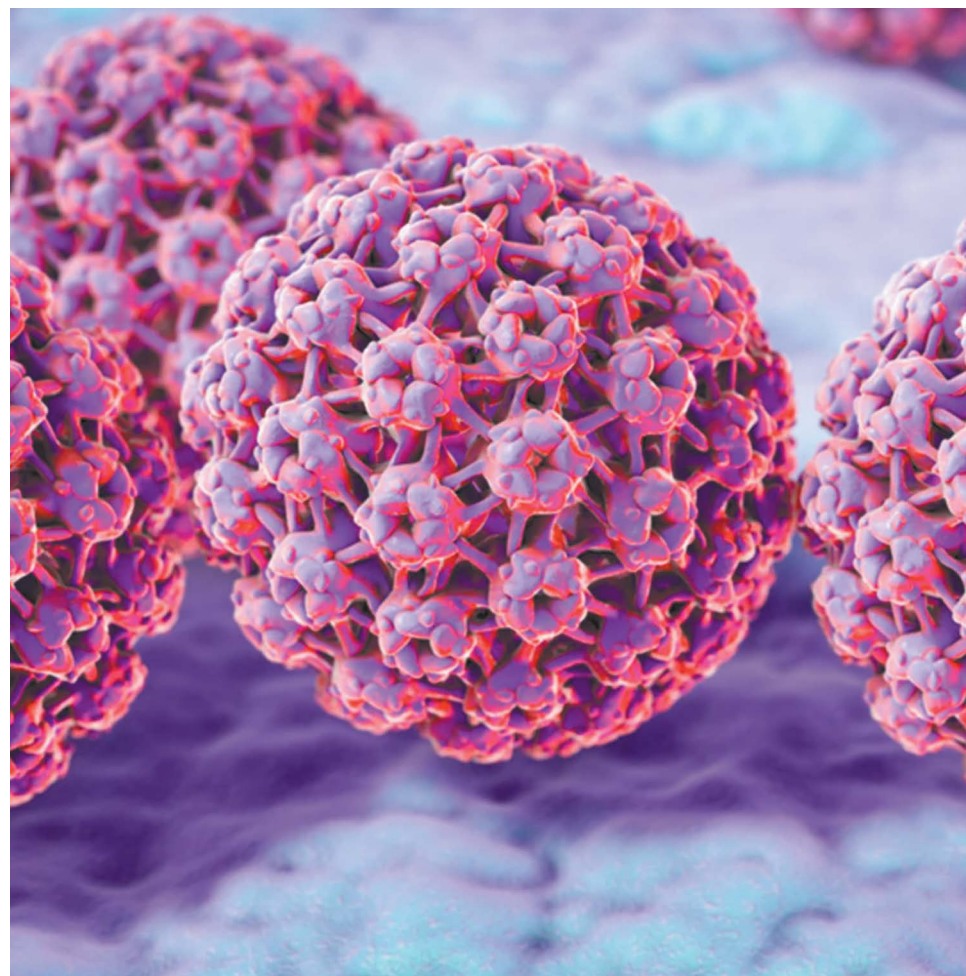
Кроме того, в рамках прегравидарной подготовки рекомендуется проведение цервикального скрининга с использованием ко-теста (ВПЧ и цитологическое исследование). Это касается небеременных женщин. На фоне гестации вторичная профилактика РШМ (скрининг), согласно рекомендациям РОАГ («Нормальная беременность», 2021), ограничивается цитологическим исследованием, которое нужно выполнить при первом визите пациентки на консультацию.

— В чем вы видите нюансы цитологического исследования во время беременности?

— Цитологический анализ выполняется, если с момента последнего исследования прошло более 3 лет при отрицательном анализе на ВПЧ и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), а также если с момента последнего исследования прошло более года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе или хотя бы одним патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.

Еще хотелось бы подчеркнуть, что физиологические изменения шейки матки, обусловленные беременностью, а также воспалительные заболевания значительно затрудняют идентификацию атипических клеток плоского и железистого эпителия. Чувствительность цитологического метода для выявления поражений шейки матки на фоне ВПЧ равна 50–80 %, чувствительность при диагностике HSIL — 70–80 %.

— Известно, что риск прогрессирования тяжелых цервикальных интраэпителиальных неоплазий и преинвазивного рака до инвазивной опухоли невелик (0,4–3 % пациентов). Это позволяет откладывать основную терапию на послеродовой период. Каковы действия врача в процессе ведения беременной?



— Самое главное — своевременно выявить или исключить инвазивный рак. Важно помнить, что беременным с цитологическим подтверждением плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой (LSIL) и высокой (HSIL) степени показано кольпоскопическое исследование, позволяющее уточнить степень поражения. Кольпоскопия дает возможность идентифицировать выраженность поражений эктоцервикса и определять их распространенность и локализацию (чувствительность 70–98 %, специфичность 45–90 %). Однако тут нужно обратить внимание, что во время беременности наблюдаются значительные изменения физиологической кольпоскопической картины по сравнению с небеременными женщинами и тяжесть изменений шейки матки достаточно легко переоценить, что может стать причиной ложноположительных результатов. По данным отечественных экспертов, цитологический и кольпоскопический контроль в динамике нужно выполнять каждые 2–3 мес на протяжении беременности вплоть до срока 32–34 нед и спустя 6–8 нед после родов.

— Есть ли различия кольпоскопических картин LSIL и HSIL у беременных и вне гестации?

— В целом кольпоскопические изображения будут практически идентичны. Хотя ряд различий есть. Например, усиленное кровоснабжение шейки матки и выделение значительного количества слизи ослабляют выраженность ацетобелой реакции, маскируя тяжелые поражения, особенно

у первобеременных. Физиологическая эктопия при беременности сопровождается выраженной гипертрофией, отеком и васкуляризацией сосочков, наличием извитых терминальных сосудов, что может имитировать малигнизацию, начальные формы экзофитных кондилом или полипов в I триместре. В III триместре в большом количестве

детородного возраста. Вероятно, с этим и связан тот факт, что данные нозологии нередко скрыто сопровождают беременность. Какая практика предпочтительна в этом случае?

— Стоит отметить, что особенно сложной оказывается ситуация при обнаружении неоплазии в I триместре, так как в случае доношивания беременности это будет означать перспективу длительного ожидания при невозможности исключить инвазивный процесс, а также риски прогрессирования заболевания. Диагноз микроинвазивного рака не может быть поставлен цитологически из-за отсутствия стромального компонента в цитологическом материале. При этом кольпоскопическими признаками ранней инвазии стромы при раке являются участки грубой мозаики или пунктации, «ломкие» атипические сосуды, экзофитное поражение, неровная поверхность. Как уже было упомянуто ранее, предположительный диагноз инвазивного рака должен стать показанием к выполнению биопсии. Конизацию или LEEP следует назначить после первоначальной диагностики микроинвазивного рака с помощью кольпоскопии или прицельной биопсии для точного понимания степени микроскопического проникновения в строму и определения дальнейшей тактики.

— А какова лечебная тактика в случае РШМ у беременных?

— Изучение естественной динамики CIN при беременности показало, что ее регресс наблюдается в половине случаев, а трансформация до инвазивной карциномы происходит крайне редко (у 0,4–3 % пациентов). Низкий риск реализации РШМ и высокая частота регресса CIN во время беременности дают основание для консервативного ведения пациенток при подтвержденном отсутствии инвазивного рака. Электрохирургическое лечение CIN в анамнезе и во время беременности представляет риск для досрочного ее завершения и зависит от глубины вмешательства.

Прогноз течения заболевания при верификации ранних форм РШМ во время беременности не отличается от такового вне гестации, но при большем распространении опухолевого процесса предсказать течение болезни бывает затруднительно. Именно поэтому при планировании лечебной стратегии у таких пациенток врачу необходимо учитывать не только стадию процесса, размер образования, морфологическую структуру опухоли, но также и срок гестации, на котором диагностирована опухоль. Здесь крайне важно выстроить конструктивный диалог с пациенткой и ее семьей, предоставив им полную информацию об особенностях заболевания и вероятных прогнозах. Для принятия решения о пролонгировании беременности целесообразно организовать междисциплинарное взаимодействие, в рамках которого будет учтено мнение онкогинеколога, морфолога, радиолога, акушера. 🌸

Биопсия шейки матки у беременных показана только тогда, когда результаты ее могут потенциально повлиять на тактику ведения пациентки, в частности если кольпоскопическая картина подозрительна на инвазивный РШМ

наблюдений отмечаются децидуоз (47 %), кровоточивость поверхности эктопии (38 %). Усиление метапластических процессов в области зоны стыка в некоторых наблюдениях демонстрирует картину интраэпителиальных поражений и имитирует картину LSIL.

— Нужно ли подключать биопсию для максимально точной верификации диагноза РШМ? И насколько оправданно такое вмешательство в период гестации?

— Биопсия шейки матки у беременных показана только тогда, когда результаты ее могут потенциально повлиять на тактику ведения пациентки, в частности если кольпоскопическая картина подозрительна на инвазивный РШМ. При наличии показаний лучшей альтернативой прицельной биопсии является LEEP-биопсия, поскольку она позволяет с уверенностью исключить инвазию.

— Преинвазивный и микроинвазивный РШМ, согласно статистике, чаще всего встречаются у женщин

Бактериальный вагиноз и ВПЧ-инфекция у женщин в постменопаузе

Бактериальный вагиноз — распространенное заболевание, вызывающее много вопросов, и на большинство из них, несмотря на многочисленные исследования, ученые до сих пор не могут найти ответы. Один из них — нужно ли лечить пациенток постменопаузального возраста и чем. Этому уделяется недостаточное внимание, ведь в основном обсуждается такая проблема у женщин репродуктивного возраста с хорошей эстрогенной насыщенностью, а запрос от практических врачей относительно пациенток старшего возраста остается неудовлетворенным. Ситуация осложняется еще больше, если присутствует ВПЧ-инфекция. Предлагаем обсудить особенности ведения женщин с указанными инфекциями в постменопаузе.

Г.Б. Дикке

Современные представления о бактериальном вагинозе (БВ) свидетельствуют о том, что это инфекционный полимикробный биопленочный синдром, связанный с половой активностью, вызываемый вирулентными видами *Gardnerella vaginalis* и сопровождающийся нарушением баланса естественной вагинальной флоры (дисбиозом) — увеличением общего количества условно-патогенных бактерий с преобладанием анаэробных, снижением количества «защитных» лактобактерий, характеризующийся субклиническим воспалением.

БВ является фактором риска заражения другими инфекциями, в частности, риск инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ) увеличивается почти в 3 раза (Martins BCT, 2023). В свою очередь, ВПЧ — известный этиологический фактор рака шейки матки (РШМ), частота которого прогрессивно растет с возрастом: средний возраст диагностики РШМ — 50 лет, более 20 % случаев выявляются у женщин старше 65 лет [1].

ЧАСТО ЛИ ВСТРЕЧАЮТСЯ БВ И ВПЧ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ?

Распространенность БВ в постменопаузальной возрастной категории женщин составляет от 2 до 57 % со средней оценкой 17 % [2], что немного ниже, чем у женщин репродуктивного возраста, среди которых БВ встречается у 23–29 %. Более высокая частота БВ отмечается у женщин в постменопаузе с ВПЧ-инфекцией.

Совокупная распространенность ВПЧ у женщин 45–64 лет составляет 34 %, а 24 % имеют ВПЧ высокого канцерогенного риска, персистенция ВПЧ-инфекции составляет 16 % [3]. Вероятность персистенции ВПЧ выше среди женщин с измененной вагинальной микробиотой [4].

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

В настоящее время выделено около 20 видов различных представителей лактофлоры, населяющих вагинальный биотоп. Установлено, что в условиях нормы во влагалище доминируют один или два вида из комплекса *Lactobacillus spp.* [5]. В работе, проведенной в 2014 г. R. Brotman и соавт. [6], было выделено 5 бактериальных сообществ (CST — Community State Type), из которых в 4 доминировали *L. crispatus*

(CST I), *L. gasseri* (CST II), *L. iners* (CST III) или *L. jensenii* (CST V), а одно отличалось микробным многообразием (CST IV A и B), которые имели относительно низкое содержание лактобактерий. В период пременопаузы доминирующим видом является *L. crispatus* (CST I). Доминирование *L. crispatus* коррелирует с нормоценозом и низким содержанием микроорганизмов, ассоциированных с дисбиозом влагалища [7]. Особенностью влагалищного биотопа является его уникальность у разных женщин (интересным фактом, выявленным в ходе другого исследования, было то, что количество одновременно выявляемых видов лактобактерий и уровень лактобактериальной ДНК не отличались в пробах вагинального отделяемого только у матерей и дочерей в репродуктивном возрасте [7]) и строгая эстрогенная зависимость, что обуславливает количественные и качественные микробиологические изменения вагинальной среды в течение жизни [8].

При терапии БВ у женщин в постменопаузе логичным является восстановление собственной популяции лактобактерий

G. vaginalis, *U. urealyticum*, *C. albicans* и виды *Prevotella*, в то время как доля *Lactobacillus* постепенно снижается. Популяционное исследование, выполненное канадскими исследователями, подтвердило факт, что только у 25–30 % женщин в постменопаузе микрофлора влагалища содержит достаточное число *Lactobacillus spp.* [10]. Женщины, не получающие менопаузальную гормональную терапию (МГТ) эстрогенами, имеют более высокую склонность к вагинальной бактериальной колонизации различными видами анаэробных бактерий. Поэтому если симптомы отсутствуют, то не стоит переоценивать эти лабораторные находки и ставить диагноз БВ.

Важной особенностью женщин в постменопаузе является наличие легкой или умеренной вульвовагинальной атрофии (ВВА), которая вызывает сухость и болезненность влагалища из-за снижения уровня эстрогенов, и, что примечательно, при этом состоянии в 25 раз больше шансов классифицировать это состояние как БВ по сравнению с женщинами без ВВА [11].

Подтверждена также высокая частота рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, наблюдаемая у женщин

Из-за изменений в вагинальной микробиоте на фоне гипоестрогенного состояния у женщин в постменопаузе диагностика БВ может быть затруднена. Шкала Ньюджента, как и критерии Амсея, разработаны благодаря исследованиям, из которых были исключены женщины в период постменопаузы, потому эти методы не могут использоваться для диагностики БВ у данной категории пациенток.

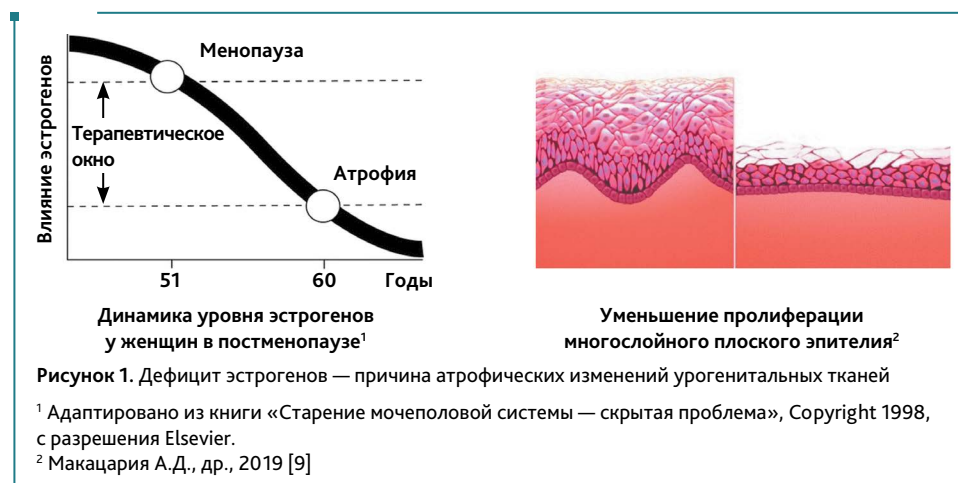
Диагностика БВ с точки зрения состава вагинальной микробиоты с помощью такого метода, как ПЦР в реальном времени, может обеспечить большую ясность у женщин с симптомами

Диагностика ВВА основана на данных объективного осмотра и кольпоскопии (рис. 2), а также результатах микроскопии при наличии атрофического типа мазка (парабазальные клетки, нити фибрина, единичные эритроциты и лейкоциты, отсутствие лактобактерий).

Современные данные показывают, что тестирование на ВПЧ ВКР может быть более точным, чем тестирование ВПЧ/цитология у женщин в постменопаузе, и что цитология не добавляет клинической ценности в этой популяции [15]. Плановый скрининг рекомендуется проводить каждые три года до 65 лет.

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Основу терапии БВ составляют 5-нитроимидазолы — метронидазол, тинидазол, а также клиндамицин. Эти методы направлены на эрадикацию возбудителей и восстановление численности лактобактерий. Однако у женщин в постменопаузе слизистая оболочка влагалища может не поддерживать рост лактобактерий в течение длительного периода при отсутствии поддержки эстрогенами. Поскольку лактобактерии способны закрепиться только на созревшем вагинальном эпителии, восстановление флоры без адекватной стимуляции роста эпителия не приведет к желаемому результату [8]. Поэтому большую роль играют скорость восстановления слизистой оболочки влагалища и рост собственной популяции лактобактерий. В клиническом исследовании при применении препарата Овестин



Вагинальная микробиота у женщин в постменопаузе имеет другой состав, чем в репродуктивном возрасте, даже если БВ отсутствует. Поскольку постменопауза характеризуется низкими уровнями эстрогена и гликогена в слизистой оболочке влагалища, а также более тонким вагинальным эпителием (рис. 1) и более низкими уровнями лактобактерий, у них отмечаются высокое микробное разнообразие и более высокий pH влагалища [9]. Как правило, вагинальная микробиота постменопаузальных женщин включает

старшего возраста, что может рассматриваться как проявление генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) [12].

КАК ПРАВИЛЬНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

Выявлена значительная связь между признаками ВВА и бактериальным составом влагалища, определяющим клиническую картину. Такие симптомы, как сухость и раздражение во влагалище, повышение pH, свидетельствуют и о ВВА, и о БВ [13, 14].

Бактериальный вагиноз и ВПЧ-инфекция у женщин в постменопаузе

Окончание, начало на с. 4

исследовании применение препарата Овестин (крем 0,5 мг) способствовало восстановлению тех видов лактобактерий, которые преобладают у женщин в период до развития патологического состояния. Также восстанавливались бифидобактерии [24].

Однако симптомы ГУМС могут повториться после прекращения терапии, поэтому требуется долгосрочное лечение для сохранения достигнутого результата (срок поддерживающей терапии — до пожизненного применения) [25].

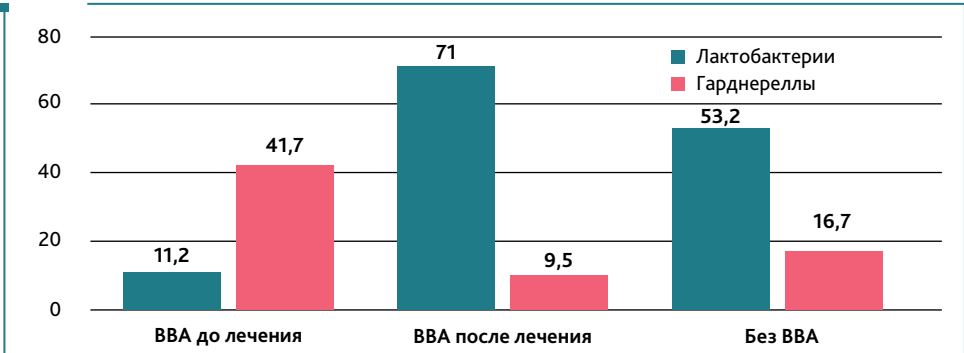


Рисунок 3. Влияние местной терапии эстриолом на состав микробиоты у женщин с вульвовагинальной атрофией
Цит. из: Shen J et al., 2016 [22] (опубликовано в открытом доступе)

Пероральную терапию эстрогенами следует назначать пациенткам, у которых также наблюдаются системные умеренные или тяжелые симптомы менопаузы.

Гормональная терапия эстриолом в постменопаузе не способствует репликации вируса или риску переноса ВПЧ и развитию поражений тканей шейки матки [26].

С возрастом повышается распространенность пролапса тазовых органов, возрастает и частота ВВА, увеличивается риск БВ в связи с зиянием половой щели или выпадением стенок влагалища за ее пределы, а также декубитальных язв, что в совокупности диктует необходимость локальной терапии эстриолом. Эстриол улучшает трофику и кровообращение, повышает репаративно-регенеративные свойства слизистой влагалища [20]. Следует рассмотреть местное применение препарата Овестин при лечении осложнений, связанных с сетчатыми имплантатами при сочетании с ГУМС, перед и после операции влагалищным доступом, перед и в процессе использования пессария.

Рекомендуемые схемы применения препарата Овестин представлены на рис. 4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин в постменопаузе слизистая влагалища подвергается атрофическим изменениям с появлением симптомов раздражения и сдвигом pH, микробиота имеет иной состав, чем у женщин репродуктивного возраста, что может привести к гипердиагностике БВ.

Для восстановления численности лактобактерий необходимо назначение препарата Овестин (крем, суппозитории). В состав препарата Овестин входит микронизированный эстриол в стандартной дозе 0,5 мг, необходимой для адекватной стимуляции роста вагинального эпителия, восстановления уникальной, со строгой эстрогенной зависимостью, собственной популяции лактобактерий, способных закрепиться только на созревшем вагинальном эпителии.

В дальнейшем лечение препаратом Овестин следует продолжить длительно во избежание прогрессирования ГУМС.

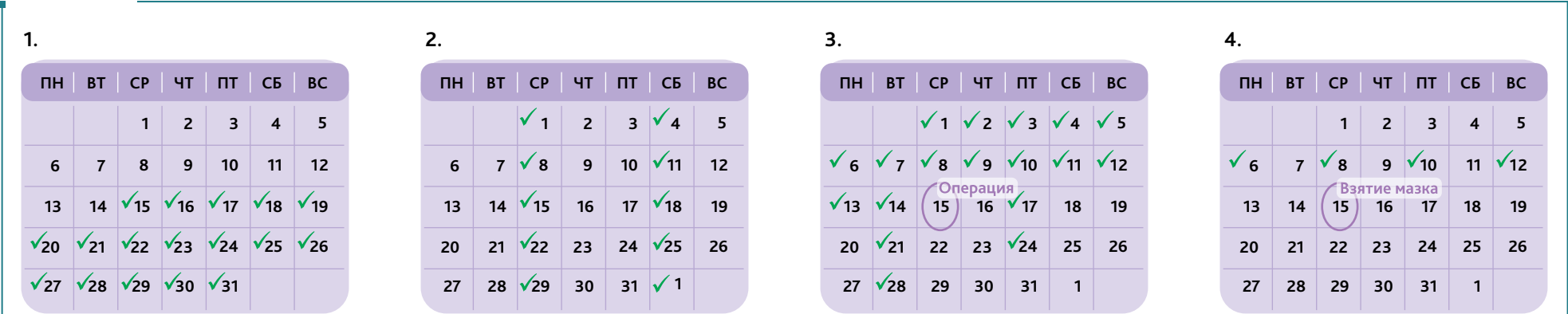


Рисунок 4. Менопаузальная гормональная терапия генитоуринарного синдрома препаратом Овестин локально
Рекомендуемые схемы. 1 — лечение: 2–4 недели (0,5 мг эстриола ежедневно); 2 — поддерживающая терапия (0,5 мг эстриола 2 раза в неделю); 3 — пред- и послеоперационная терапия женщин в постменопаузальном периоде при проведении хирургического вмешательства влагалищным доступом (1 доза в сутки перед операцией, 1 доза 2 раза в неделю после операции); 4 — при подозрительном результате мазка из шейки матки на онкоцитологию у женщин в менопаузе при обнаружении аномальных клеток на фоне атрофических изменений (1 доза через день, 4 дня перед взятием следующего мазка, но не ранее 72 часов после последней дозы). 1 доза = 1 свеча / 1 доза крема. Цит. по: Baber R.J., et al., 2016 [23]

Литература

1. Key Statistics for Cervical Cancer. American Cancer Society. 2020. 9 p.

2. Stewart LL et al. Prevalence of bacterial vaginosis in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. Sex Health. 2022;19(1):17–26.

3. Martins BCT et al. Bacterial vaginosis and cervical human papillomavirus infection in young and adult women: a systematic review and meta-analysis. Rev Saude Publica. 2023 Jan 6; 56:113

4. Smith EM et al. Persistent HPV infection in postmenopausal age women. Int J Gynaecol Obstet. 2004 Nov; 87(2):131–7.

5. Тихомиров А.Л., Казенашев В.В. Восстановление микробиоты влагалища у пациенток с бактериальным вагинозом. Медицинский совет. 2022; 16(5):25–30.

6. Nappi R, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric. 2014; 17:3–9.

7. Ворошилина Е.С., др.. Исследование вагинальной лактофлоры матерей и их дочерей в репродуктивном возрасте. Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Сборник статей VIII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Екатеринбург, 2023.

8. Доброхотова Ю.Э., др. Микробиота влагалища в период менопаузального перехода: роль лактобактерий. Гинекология. 2021; 23 (3): 214–221.

9. Макацария А.Д., др. Лечение эстриолом вульвовагинальной атрофии в постменопаузе: обновление научных данных 2014–2018 гг. Акушерство, Гинекология и Репродукция.2019; 13(3):227–238.

10. Park MG et al. Menopausal Changes in the Microbiome-A Review Focused on the Genitourinary Microbiome. Diagnostics (Basel). 2023 Mar 21; 13(6):1193.

11. Van Gerwen OT et al. Bacterial Vaginosis in Postmenopausal Women. Curr Infect Dis Rep. 2023 Jan; 25(1):7–15.

12. Angelou K et al. The Genitourinary Syndrome of Menopause: An Overview of the Recent Data. Cureus. 2020 Apr 8; 12(4): e758.

13. Van Gerwen OT et al. Bacterial Vaginosis in Postmenopausal Women. Curr Infect Dis Rep. 2023 Jan; 25(1):7–15.

14. Балан В.Е, др. Генитоуринарный или урогенитальный синдром возможности длительной терапии. Медицинский совет. 2016;12:89–101.

15. Kiff JM et al. Cervical Cancer Screening in Postmenopausal Women: Is It Time to Move Toward Primary High-Risk Human Papillomavirus Screening? J Womens Health (Larchmt). 2021 Jul; 30(7):972–978.

16. Mattsson LA et al. A clinical evaluation of treatment with estriol vaginal cream versus suppository in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1983; 62(5):397–40.

17. Biehl C et al. A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause. Menopause. 2019 Apr; 26(4):431–53.

18. Lethaby A et al. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women (Review). Cochrane Database of Syst Rev. 2016, Issue 8. Art. No.: CD001500.

19. Raz R et al. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. N Engl J Med. 1993 Sep 9; 329(11):753–6.

20. Santen R.J. et al. Endocrine Society. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement/ J Clin Endocrinol Metab. 2010 Jul; 95(7 Suppl 1): s1-s66.

21. Iosif CS. Effects of protracted administration of estriol on the lower genito urinary tract in postmenopausal women. Arch Gynecol Obstet. 1992; 251(3):115–20.

22. Shen J et al. Effects of low dose estrogen therapy on the vaginal microbiomes of women with atrophic vaginitis. Scientific Reports. 2016; 6: 24380.

23. Baber RJ, Panay N, Fenton A and the IMS Writing Group. 2016 IMS Guidelines for Midlife Women's Health and Menopausal Hormonal Therapy. Climacteric. 2016; 19(2):109–50.

24. Ferenczy A et al. Human papillomavirus infection in postmenopausal women with and without hormone therapy. Obstet Gynecol. 1997 Jul; 90(1):7–11.

25. Kate H Moore et al. Change in microbiota profile after vaginal estriol cream in postmenopausal women with stress incontinence. Front Microbiol. 2024 Mar 5;15:1302819.

26. Клинические рекомендации. Выпадение женских половых органов. РОАГ, 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/647_1



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.



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

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Сохранить репродуктивный потенциал

Среди актуальных вопросов репродуктивной медицины специалисты называют сохранение у пациентов фертильности после перенесенных онкологических заболеваний. Этой теме на прошедшей в январе XVIII научно-практической конференции «Репродуктивная медицина XXI века. Взгляд экспертов» был посвящен доклад заместителя директора по научной работе НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова, главного внештатного специалиста по гинекологии Минздрава России, заведующей кафедрой репродуктивной медицины и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова Минздрава России, академика РАН Лейлы Владимировны АДАМЯН.

Онкологическое заболевание больше не является драматическим фактором для фертильности, утверждает эксперт. Достижения современной медицины позволяют пациентам сохранить репродуктивные возможности, после достижения ремиссии иметь детей, и такая терапия не ухудшает общих прогнозов на выживаемость.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЗАЩИТА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Если выявить заболевание вовремя и правильно применить новые методы терапии, можно предотвратить бесплодие у больных с различными опухолями. Один из таких методов — блокада функции яичников с помощью агонистов ГнРГ. Применение химиотерапии на ее фоне позволяет сохранить овариальный резерв путем временной приостановки овуляций, тем самым снижая гонадотоксичность.

Специалист привела данные метаанализа 873 пациентов с раком молочной железы, когда исследовались группа с неoadъювантной химиотерапией с агонистом ГнРГ и контрольная группа (только химиотерапия). В группе с агонистом частота ПНЯ была ниже и составляла 14,1 % (контроль 30,9 %, $p < 0,05$), а процент забеременевших пациенток выше — 10,3 % (контроль 5,5 %, $p < 0,05$).

Онкологические показатели в группах не отличались: пятилетняя безрецидивная выживаемость — 79,5 % против 80 % ($p < 0,05$); общая выживаемость — 90,2 % против 86,3 % в контрольной группе ($p < 0,05$). По заключению исследователей, оптимальным временем для начала терапии агонистом ГнРГ является период за 2 недели до первого цикла химиотерапии, последняя доза вводится после последнего ее цикла.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ: СНИЖЕНИЕ РАДИКАЛЬНОСТИ ТЕРАПИИ

Прослеживается тренд в сторону снижения радикальности терапии при раке шейки матки (РШМ), отметила Л.В. Адамьян. Средний возраст выявления инвазивного РШМ — 35–44 года. Если раньше этот диагноз был приговором, то с появлением возможности проводить органосохраняющие операции шансы пациентов возросли, но это касается только опухолей размером до 2 см.

Это показывают приведенные данные проспективного исследования ConCerv, в ходе которого было исследовано 100 пациенток с РШМ в стадии 1A2–1B1 с опухолями до 2 см, с инвазией менее 10 мм и без признаков отдаленного распространения. Полученные данные



четко свидетельствуют о безопасности менее радикальных органосохраняющих операций при условии соблюдения критериев размера опухоли до 2 см и отсутствия лимфоваскулярной инвазии. Было отмечено, что размер опухоли оказывает влияние и на выбор хирургического доступа: вагинальные радикальные трахелэктомии — лимфаденэктомия проводится лапароскопически или роботически; при менее крупных опухолях, чем абдоминальные, — выделение параметриев и пересечение влагалища — вагинально, после изоляции опухоли влагалищной манжеткой.

Докладчик отметила, что при РШМ до начала химиолучевой терапии (ХЛТ) производится транспозиция яичников — хирургическая процедура, при которой яичники отделяются от матки и маточных труб путем лигирования маточно-яичниковых сосудов и мезосальпинксов и перемещаются из зоны предстоящего облучения (таза) в верхние этажи брюшной полости (в латеральные каналы под печень справа и под селезенку слева) на сосудистой ножке из яичниковых артерии и вены. Данная процедура обеспечивает сохранение функции яичников после ХЛТ лишь в 61 % случаев. Проблемы, которые могут возникнуть в ходе ее выполнения: недостаточное кровоснабжение по яичниковой артерии, перегиб сосудистого пучка, ишемия яичника, а также «соскальзывание» яичников обратно в таз, из-за чего они могут попасть в зону облучения. Для снижения этих рисков рекомендовано обсуждать транспозицию только одного яичника, второй может быть удален для экстракции эмбриологом примордиальных фолликулов (IVM).

АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И РАК ЭНДОМЕТРИЯ: КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Кандидаты на органосохраняющее лечение — это пациенты с атипической гиперплазией эндометрия (АГЭ), с эндометриоидной аденокарциномой эндометрия Gr.1 или Gr.2 (РЭ),

с отсутствием инвазии миометрия (по данным МРТ таза с контрастированием), в возрасте до 40 лет.

Академик Л.В. Адамьян подчеркнула, что консервативная гормонотерапия проводится только пациентам, планирующим беременность в будущем. Основным критерий эффективности такой терапии — исчезновение атипии по данным гистологического исследования эндометрия. По данным исследования Gallos с соавт., полный ответ на гормонотерапию при АГЭ — 86 %, а при РЭ — 76 %. Риск рецидива после излечения составлял 40 %.

Эксперт напомнила, что ранее при консервативном лечении применялись высокие дозы таблетированных прогестинов, которые имели умеренную эффективность и выраженные побочные эффекты: отеки, значительные нарушения менструального цикла, сильный набор веса. Nilsson с соавт. одними из первых представили данные о применении для терапии ВМС-ЛНГ, при котором локально в полости матки создаются концентрации в разы выше, чем при системном применении, вместе с тем системные побочные эффекты прогестинов были минимальны. В проведенном в 2021 г. исследовании приняли участие 228 пациенток с АГЭ и 190 с РЭ высокой и умеренной дифференцировки и без инвазии в миометрий. 68 % этих женщин предприняли попытки забеременеть, и частота родов среди них составила 42 %. После окончания терапии вероятность рецидива для пациенток с АГЭ составила 26 %, для пациенток с РЭ — 36 %, в большинстве случаев это произошло в первые 1,5 года после излечения. Вероятность рецидива снижается, если продолжать использовать ВМС-ЛНГ в поддерживающем режиме или если пациентки забеременели и родили ребенка (ни одного рецидива в этой группе не отмечалось).

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ: ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Говоря об онкофертильности у пациенток со злокачественными опухолями яичников, докладчик отметила, что десятилетняя выживаемость статистически достоверно не отличалась между группами консервативной (80,5 %) и радикальной (83,4 %) хирургии.

Органосохраняющая операция допустима при высокодифференцированной аденокарциноме яичника стадии 1A или 1C при условии полного стадирования (смывы, односторонняя аднексэктомия с пораженной стороны,

оментэктомия, регионарная лимфаденэктомия и множественные биопсии брюшины). Вопрос фертильности безопасно начать рассматривать не ранее достижения 2 лет стойкой ремиссии с применением эстроген-подавляющей терапии в течение этого времени.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

После проведения органосохраняющих операций на гинекологических органах остаются такие вопросы, связанные с репродукцией, как онкологическая безопасность беременности после проведенного лечения, возможность безопасно приступить к планированию беременности, необходимость проведения радикальной операции после реализации детородной функции, выбор естественного зачатия или вспомогательных репродуктивных технологий.

Для большинства пациенток необходимости в радикальной хирургии после деторождения нет (кроме пограничных опухолей яичников). Беременность не повышает вероятность рецидивов онкологических заболеваний, в том числе эстроген-зависимых, отметила Л.В. Адамьян. По ее словам, вертикальная передача опухолевых клеток матери плоду встречается крайне редко, но это всегда сопряжено с негативным прогнозом для обоих. Планирование беременности не рекомендовано в первые 6 месяцев после последней химиотерапии (ввиду ее возможных остаточных токсических эффектов на эмбрион) и 3 месяца после последнего приема тамоксифена.

Естественное зачатие, по словам эксперта, более безопасно, но его эффективность у онкобольной ниже, чем если провести стимуляцию. Попытки естественного зачатия, искусственные инсеминации и ЭКО в нестимулированном цикле у пациентов позднего репродуктивного возраста после аднексэктомии имеют исключительно низкую результативность и частично приводят к еще большему снижению овариального резерва за счет временного фактора. При эстроген-позитивных опухолях яичников в анамнезе (после стойкой ремиссии) или активных опухолях (РМЖ перед неoadъювантной химиотерапией) предпочтение должно отдаваться протоколам стимуляции с летрозолом с мониторингом уровней эстрадиола лабораторно во время стимуляции. При остальных гинекологических (рак эндометрия, рак шейки матки) и негинекологических видах рака возможно применение стандартных протоколов стимуляции.

Записала Римма Шевченко



Айдар
Миндиярович
ЗИГАНШИН

Д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Эстетическая гинекология. Кому, когда, зачем?

Современные женщины все более внимательно относятся к своему здоровью и красоте, используя при этом самые последние научные разработки. Рост спроса на улучшение эстетического вида наружных половых органов привел к развитию методов хирургических и нехирургических вмешательств. Несмотря на то что природа одарила женщин невероятным разнообразием анатомического строения половых органов, достичь совершенства является мечтой многих.

гарантирует восстановление на неограниченный срок.

Лабииопластика — оперативное уменьшение размера больших и малых половых губ для коррекции их контура, формы и цвета.

Пластика малых половых губ включает их удаление/резекцию для устра-

добрительно для повышения сексуального удовлетворения, а также из эстетических и гигиенических соображений.

Вагинальное «омоложение» — хирургическая процедура, чаще сочетает перинеопластику и вагинопластику для устранения расширения и зияния промежности. Представляет собой технику бокового иссечения слизистой оболочки влагалища или высокую заднюю пластику, являясь частью урогинекологической операции перинеопластики (перинеоррафии).

НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Увеличение объема больших половых губ — процедура по улучшению внешнего вида гипопластичных или рыхлых половых губ. Здесь чаще всего используются филлеры на основе гиалуроновой кислоты (ГК) и/или трансплантация аутологического жира, полученного из жировых отложений на теле.

Лазерное лечение вагинальной дряблости — вмешательство с использованием энергии лазера. Фракционный лазер на углекислом газе (CO₂) с длиной волны 10 600 нм способен поглощать воду из тканей, приводя к дегидратации слизистой оболочки влагалища, регенерации коллагеновых волокон и восстановлению ее эластичности. Эрбиевый лазер, имеющий длину волны 2940 нм, применяется для лечения стрессового недержания мочи, «широкого» влагалища и постменопаузальной вульвовагинальной атрофии. Под его воздействием коллагеновые волокна

сокращаются, при этом дегидратация у эрбиевого лазера в 10–15 раз выше, чем у фракционного, у него низкая степень теплового повреждения тканей, что снижает послеоперационный дискомфорт и отек тканей влагалища.

Радиочастотное вагинальное омоложение — метод воздействия на ткани термисторами с регулируемой температурой 40–45°C. Метод превосходит лазерное воздействие, способствует денатурации коллагена. Применяется для терапии вульвовагинальной слабости стенок влагалища после родов, возрастных изменений и устранения симптомов стрессового недержания мочи.

Освещение вульвы — проводится с использованием химических агентов или фракционного лазера CO₂, что устраняет гиперпигментацию. Но необходимо помнить, что энергетические источники сами могут привести к гипер- и/или гипопигментации тканей.

Обогащенная тромбоцитами плазма — метод, основанный на использовании факторов роста (тромбоцитарного, трансформирующего, бета и эпидермального). Методика аутологична, неантигенна и не вызывает негативной реакции на ткани. Применяется для лечения женской сексуальной дисфункции, стрессового недержания мочи. Используется в качестве наполнителя для увеличения точки G, представляющей нервно-сосудистый комплекс. Наполнение данной области повышает сексуальную активность и чувствительность.

Гиалуроновая кислота — низкомолекулярный гиалуронат с молекулярной массой цепи менее 130 кДа, что позволяет ему легко проникать через эпителиальный барьер. Применяется для улучшения внешнего вида гипопластичных или атрофичных больших и малых половых губ, увеличения объема точки G, после тяжелых вагинальных родов, операций, травм и разрывов передней стенки влагалища.

Липофилинг — представляет собой пересадку стволовых клеток собственной жировой ткани для увеличения толщины стенок влагалища, омоложения кожи вульвы, уменьшения диаметра влагалища и утолщения половых губ.

Однако, несмотря на довольно большой арсенал средств и методов эстетической гинекологии, многие аспекты данного вида медицинской помощи еще недостаточно изучены (например, психологические). 📌

Свидетельством разнообразия строения женских половых органов является «Великая стена вагин» британского художника Джейми Маккартни, где на девятиметровой скульптуре в 10 крупных панелях расположены 400 муляжей женских вагин. Элизабет Г. Андерсон (2004) опубликовала результаты замеров 50 женщин в возрасте 18–50 лет, а также привела средние показатели.

Показатель	Результат измерения	Среднее значение
Длина клитора, мм	5,0–35,0	19,1
Ширина клитора, мм	3,0–10,0	5,5
Расстояние от клитора до мочеиспускательного канала, мм	16,0–45,0	28,5
Длина больших половых губ, мм	70,0–120,0	90,3
Длина малых половых губ, мм	20,0–100,0	60,6
Ширина малых половых губ, мм	7,0–50,0	21,8
Длина промежности, мм	15,0–55,0	31,3

Цит.: Lloyd J. et al.BJOG, 2005.

Показания для вмешательства могут быть косметическими и медицинскими. Косметические направлены на коррекцию размера, цвета, формы половых губ, изменяющихся в течение жизни в результате беременности, родов и возраста, медицинские — на устранение аномалий и пороков развития (вагинальная атрезия, стеноз влагалища), интерсексуальности, последствий травм, разрывов и растяжений половых губ после родов. Рассмотрим наиболее распространенные вмешательства.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Гименопластика — проводится по желанию пациентки с целью восстановления целостности девственной плевы по религиозным, этическим, моральным и др. мотивам. В научной литературе описано более 20 видов девственной плевы, при этом методов ее реконструкции единицы. Один из методов — техника вестибулоинтритоальной подтяжки, характеризующаяся высокой эффективностью. Успешность ревиринации зависит от двух факторов: наличия кровотечения во время дефлорации при половом акте и сохранения внешнего вида интактной девственной плевы. По виду восстановления девственной плевы вмешательства подразделяются на кратковременные и долгосрочные. Кратковременное — когда результат требуется в течение ближайших 7–10 дней, в этом случае остатки девственной плевы сшиваются между собой. Долгосрочное предполагает восстановление целостности за счет заимствования тканей входа влагалища,

нения дискомфорта при физических упражнениях, ношении одежды и уменьшения тканей, препятствующих половому акту.

Пластика больших половых губ — хирургическое лечение врожденной лимфедемы, хронического провисания, связанного с использованием стероидов.

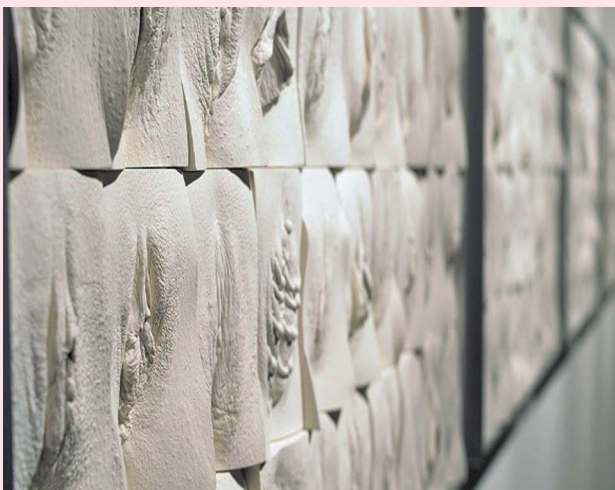
Уменьшение клиторального капюшона — клиторальная худэктомия, представляет собой операцию по удалению лишней складки, окружающей головку клитора, сводится к отделению крайней плоти. Проводится

Великая стена вагин

В коллекцию британского художника Джейми Маккартни The Great Wall of Vagina («Великая стена вагин») вошли слепки женских гениталий, включая половые органы близняшек, женщин после родов и после операции по изменению размера половых губ.

Идея создания коллекции возникла у художника не случайно. По его признанию, демонстрируя разные по форме и размеру вагины, он хотел привлечь внимание общественности к проблеме «телесного фашизма». В частности, проект Маккартни, в котором приняли участие более 400 женщин, направлен на борьбу с популярными вмешательствами по изменению внешнего вида гениталий.

«Многие женщины стыдятся своей вагины, а на этом можно делать хороший бизнес. Мне кажется, подобные операции абсолютно не нужны. Это скорее психологическая проблема», — говорит он.



Микробиота влагалища — новая переменная, влияющая на риск ВПЧ-инфекции и рака шейки матки

Известно, что прогрессия дисплазии клеток эктоцервикса, содержащих ВПЧ, определяется нарушением контрольных механизмов защиты хозяина. Какие факторы участвуют в формировании необратимой неоплазии? Один из них — высокое разнообразие микробиоты и низкое содержание лактобактерий. Поговорим о связи дисбактериоза влагалища с риском ВПЧ-инфекции и раком шейки матки.

Г.Б. Дикке

МИКРОБИОТА ВЛАГАЛИЩА И ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Бактериальный вагиноз (БВ) считают наиболее часто встречающимся видом дисбиоза влагалища, распространенность которого в мире составляет 23–29 % в общей популяции, а у ВПЧ-инфицированных достигает 65 %. Распространенность кандидозного вульвовагинита (КВВ) у пациенток с ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) — 60 %, аэробного вагинита (АВ) — 16 % (Gultekin E., 2023). Вероятность заражения ВПЧ в 2,7 раза выше у женщин с БВ, чем без него (Bortolli A.P.R., 2022).

МИКРОБИОТА ВЛАГАЛИЩА И ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

БВ независимо связан с плоскоклеточными аномалиями в цервикальных мазках. При наличии ВПЧ у БВ-положительных женщин эти аномалии встречаются в 1,5 раза чаще, чем у БВ-отрицательных (Dahoud W., 2019). Для интраэпителиальных неоплазий высокой степени и рака шейки матки риск персистенции ВПЧ увеличивается в 2 раза (Brusselsaers N., 2019). Избыток *Gardnerella vaginalis* связан с прогрессированием CIN 2+ (Gi-Ung Kang, 2021).

СОЧЕТАННЫЕ ИНФЕКЦИИ

По определению Jack D. Sobel, «сочетанный вагинит — это одновременное присутствие по крайней мере двух типов вагинита, способствующее возникновению аномальной среды влагалища и приводящее к вагинальным симптомам» (Sobel J.D., 2013). Доля сочетанных инфекций в структуре заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями, составляет 35 %. При этом частота микробных ассоциаций при инфекционно-воспалительных заболеваниях нижнего отдела полового тракта достигает при КВВ 82 %, при БВ — 61 % и при АВ — 54 % (Zhang T., 2020; Fan A., 2013). Присоединение *Candida* к БВ чаще всего реализуется в виде латентной кандиды-инфекции (76 %). При клинически выраженной инфекции (24 %) доминирует клиническая картина КВВ. Рецидивирующее течение остается проблемой для сочетанных инфекций.

ВЛИЯНИЕ ДИСБИОЗА НА ЭПИТЕЛИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Дисбиоз влагалища способствует повышению восприимчивости эпителия шейки матки к воспалению, нарушению его целостности за счет выработки оксидантов, повреждающих ДНК клеток, снижению иммунной защиты и клиренса ВПЧ. В присутствии ВПЧ наблюдаются неконтролируемая экспрессия белков ВПЧ Е6/Е7 и увеличение пролиферации клеток.

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ

Учитывая, что дисбиоз влагалища в большинстве наблюдений представляет собой сочетанную инфекцию БВ/КВВ с присутствием нередко грамположительных кокков и высокой частотой рецидивов, необходимо применять терапию комбинированными лекарственными средствами (ЛС) широкого спектра с терапевтическими дозами действующих веществ, достаточными для преодоления резистентности микроорганизмов и барьера биопленок. Кроме того, необходимо, чтобы эти ЛС не оказывали влияния на собственные лактобактерии. Этим требованиям отвечает препарат, в составе которого содержится метронидазол 500 мг и миконазол 100 мг (Метромикон-Нео®), принимаемый вагинально 2 р/сут 7 дней, что обеспечивает необходимый уровень концентрации действующих веществ в зоне интереса в течение минимального курса по сравнению с другими ЛС. Эффективность его для лечения хронического вульвовагинита сочетанной этиологии в исследовании составила 99 % (достижение абсолютного нормоценоза у 66 % пациенток и условного — у 37 %) (Сарвилина И.В., 2015).

Отметим, что эффективность метронидазола в эрадикации анаэробных бактерий сопоставима с клиндамицином (ОР 1,01, 95 % ДИ 0,69–1,46) при равном количестве побочных эффектов (Одучево О.О., 2009). При этом количество пациенток, у которых обнаруживаются *A. vaginae* и *G. vaginalis*, одинаково (3,2 %) (Боровиков И.О., 2019). Показаны способность метронидазола разрушать биопленки (McMillan A., 2011) и отсутствие его влияния на лактобактерии (МИК-90 — более 512 мкг/мл, для клиндамицина — 8 мкг/мл) (Neut F., 2015). Кроме того, БВ-ассоциированные бактерии обладают низкой способностью развивать резистентность к метронидазолу (3 %) в отличие от клиндамицина (42–50 %) (Austin M.N., 2005). Среди антимикотических средств азолового ряда наибольшей эффективностью обладает миконазол. По данным метаанализа, эффективность миконазола в 6 раз превышает плацебо — отношение шансов (ОШ) 5,96. Для сравнения: эффективность клотримазола — ОШ 2,99, бутаконазола — 1,18 (Fan S., 2018). Кроме того, к миконазолу чувствительны грамположительные бактерии.

При дисбиозе, ассоциированном с аэробными бактериями, наблюдается десквамация поверхностных слоев эпителия с выраженной воспалительной реакцией. В этом случае необходим комбинированный препарат, содержащий

наряду с метронидазолом и антибиотик, подавляющий широкий спектр грамположительных и грамотрицательных бактерий, включая *Acinetobacter* и кишечную группу (*Escherichia coli*, *Enterobacter*). Примером такого антибиотика может служить хлорамфеникол. Неотъемлемой частью описываемого комбинированного препарата (например, Таржифорт®) должно стать и сильное противовоспалительное средство, такое как гидрокортизон. Кроме этих трех действующих веществ для подавления всей группы дрожжеподобных грибов, включая *Candida albicans* и *non-albicans*, в том числе устойчивых к ЛС азолового ряда, в состав препарата Таржифорт® введен натамицин. В исследовании, проведенном И.А. Аполихиной (2020), при применении Таржифорта число пациенток с отсутствием симптомов через 14 дней после лечения достигло 98,7 %, а время исчезновения симптомов воспаления было на 1,5 дня меньше по сравнению с препаратом-компаратором.

Следует иметь в виду, что при выборе других комбинированных ЛС их антимикотические компоненты могут содержать только профилактическую дозу — например, нистатин 100 тыс. ЕД с указанием в инструкции продолжить терапию до 20 дней при подтвержденном микозе (терапевтическая доза — 250–500 тыс. ЕД 2 р/сут, курс 10–14 дней) или эконазол в дозе 100 мг продолжительностью 6–9 дней (терапевтическая доза — 150 мг курсом 3 дня). Необходимо помнить, что недостаточная доза действующего вещества и продолжительный курс лечения способствуют развитию резистентности микроорганизмов.

Таким образом, применение современных эффективных ЛС для санации вульвовагинальных инфекций способствует не только клиническому и микробиологическому выздоровлению, но и снижению риска заражения ВПЧ и интраэпителиальных поражений шейки матки. 📄

Список литературы находится в редакции

Метронидазол 500 мг + Миконазола нитрат 100 мг

МЕТРОМИКОН-НЕО

Ценность для женского здоровья

avexima



ПУ ЛП-01676

МЕТРОМИКОН-НЕО®

Метронидазол 500 мг
Миконазола нитрат 100 мг

14 суппозитория вагинальные

avexima

- Два вещества – три действия¹
- Активен в отношении *Gardnerella vaginalis*^{1,3}
- Способствует разрушению бактериальной биопленки^{2,3}

СУППОЗИР АМ – оптимальная основа суппозитория, которая расплавляется под действием температуры тела и способствует равномерному распределению действующего вещества

ТАРЖИФОРТ®

ШИРОКИЙ СПЕКТР ЛЕЧЕНИЯ В ОДНО НАЗНАЧЕНИЕ

ОРИГИНАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВАГИНИТОВ⁴

④ вещества

⑦ действий

- ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ)
- 1 ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ
- 2 АНТИЭКССУДАТИВНОЕ
- 3 ПРОТИВООТЕЧНОЕ
- 4 ПРОТИВОЗУДНОЕ
- ЭТИО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ
- 5 АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ
- 6 ПРОТИВОПРОТОЗОЙНОЕ
- 7 ПРОТИВОГРИБКОВОЕ



Метронидазол

Хлорамфеникол

Гидрокортизон

Нистатин

ТАРЖИФОРТ®

Метронидазол 500 мг
Хлорамфеникол 200 мг
Натамицин 150 мг
Гидрокортизон ацетат 1,6 мг

10 суппозитория вагинальные

avexima

1. Инструкция по медицинскому применению препарата: 2. McMillan A., Dell M., Zeller M.P., Cribby S., Martz S., Hong E., Fu J., Abbas A., Dang T., Miller W., Reid G. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli, Colloids Surf. B Biointerfaces, 2011; 86:58–64; 3. Пестрикова Т.О. «Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения», РМЖ Акушерство и Гинекология 2018, № 2; 4. Инструкция по медицинскому применению, ТАРЖИФОРТ®, суппозитории вагинальные, ЛП-006233 от 02.06.2020; ОАО «Авексима» Россия, Москва, 125284, Ленинградский пр-кт, д. 31А, стр. 1 | Тел. +7 (495) 258-45-28 | www.avexima.ru

ОТПУСКАЕТСЯ ПО РЕЦЕПТУ, ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Реклама

Иммуномодулирующая терапия в лечении заболеваний шейки матки, ассоциированных с ВПЧ

Алгоритмы ведения пациенток с патологическими результатами цитологического исследования шейки матки (ШМ) во время скрининга, предложенные экспертами США, Европы, ВОЗ, имеют доказательную базу и предполагают использование в последовательном или альтернативном порядке трех диагностических методов: повторного цитологического исследования, тестирования на онкогенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ) и кольпоскопии. Разберем ведение женщин с предраковыми заболеваниями ШМ на конкретных примерах.

Илья Александрович Криворотов,
городская поликлиника № 122, г.
Ломоносов, клиника «Ларус»,
г. Санкт-Петербург
(клинические наблюдения)

Тамара Николаевна Бебнева
(анализ литературы и клинических
наблюдений)

Галина Борисовна Дикке
(комментарий)

ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Эктопия, или эктропион, шейки матки (ЭШМ) рассматривается в настоящее время как вариант нормы и не требует лечения. Вместе с тем систематический анализ 15 исследований показал, что ЭШМ имеет вероятную связь с увеличением числа случаев заражения некоторыми инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП): ВПЧ, вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), герпесом, хламидиями, — и условно-патогенными микроорганизмами. И, наконец, установлена связь ЭШМ с атипией эпителия ШМ (Soares L.C., 2019).

Обнаружено, что ЭШМ сопровождается нарушением локальной иммунной системы с преобладанием провоспалительных Th1-цитокинов — содержание интерлейкина ИЛ-8 увеличивается в 2,6 раза, ИЛ-1β — в 13 раз, ИЛ-6 — в 20 раз, а ИЛ-10 — в 1,7 раза, усилением васкуляризации и шеечной перфузии (Хворостухина Н.Ф., 2021).

В связи с вышеизложенным требуется санация пациенток с ЭШМ средствами этиотропного (при наличии инфекций) и патогенетического действия.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 1

Пациентка Д., 32 года. Обратилась с жалобами на повышенное количество выделений из половых путей, неприятный запах. Методами ПЦР и микро-скопии выявлены ВПЧ 18 и 52-го типов и ВПГ-2, анаэробная группа бактерий, «ключевые клетки», атипичные клетки плоского эпителия неясного значения (ASCUS), признаки воспаления. Результаты кольпоскопии представлены на рис. 1.1. Диагноз: T76.8 «Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы (бактериальный вагиноз, БВ)», N86 «Эрозия и эктропион шейки матки (эктопия)», B97.7 «Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках». Рекомендовано: санация БВ в соответствии с клиническими рекомендациями (КР)¹, Суперлимф 10 ЕД

1 р/сут на ночь в течение 20 дней, 2 курса с интервалом 2 мес (согласно показанию в инструкции к препарату (ИП)²: комплексное лечение герпетических заболеваний урогенитального тракта, в том числе осложненных бактериальной и другими вирусными инфекциями, по схеме, представленной в работе Айсаевой Б.М., 2021).

Через 6 мес после лечения. Жалоб не предъявляет. При лабораторном исследовании: выделение ВПЧ и ВПГ отсутствует, цитология — NILM, микро-скопия мазка — в норме. Результаты кольпоскопии после лечения представлены на рис. 1.2. Диагноз: Z03 «Медицинское наблюдение и оценка

при подозрении на заболевание или патологическое состояние». Рекомендовано повторить цитологическое исследование или ВПЧ-тест через 12 мес. В дальнейшем (при отрицательных результатах повторного тестирования) — рутинный скрининг РШМ.

Комментарий. Согласно КР³, если обнаружено выделение ВПЧ 16 и/или 18-го типов и ASCUS, то всем пациенткам независимо от возраста рекомендована кольпоскопия. У пациенток с ASCUS риск обнаружить при гистологическом исследовании CIN2–3 или рак, по данным метаанализа, составляет 9,7 % (Kelly H., 2022). Поэтому рекомендуется следующая тактика: при негативном ВПЧ-тесте необходимо повторить цитологическое исследование через 12 мес, при позитивном — требуется проведение кольпоскопии и, если поражение отсутствует, рекомендуется повторить цитологическое исследование или ВПЧ-тест через 12 мес.

ВПЧ в 50 % наблюдений сочетается с ВПГ (Дикке Г.Б., 2021). Риск инфицирования БВ повышается в 1,5 раза при ВПГ. С учетом сведений о нарушениях

иммунного ответа при БВ (и сочетанных инфекциях) коррекция иммунного статуса во время стартовой терапии актуальна, а ее результатом должно стать предупреждение рецидивов. Эффективность лечения рецидивирующего БВ, сочетанного с ВПГ и ВПЧ, показана при применении комплекса Суперлимф в дозе 10 ЕД в течение 10 дней одновременно с приемом антибиотика (АБ) внутрь в стандартной дозировке и повторным курсом введения Суперлимфа через 2 мес по сравнению с АБ/плацебо. Микробиологическое выздоровление достигнуто у 100 и 77,5 % пациенток соответственно ($p = 0,02$), а риск рецидивов в группе, получавших Суперлимф, был ниже в 3,3 раза, при этом отмечено снижение уровней провоспалительных цитокинов во влагалищном отделяемом (Айсаева Б.М., 2021).

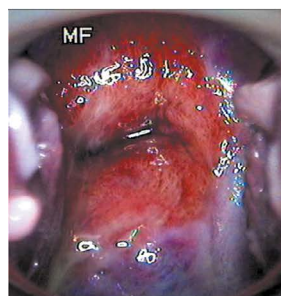
ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ (LSIL)

Распространенность LSIL среди женщин, инфицированных ВПЧ, достигает 56 % (García F.R., 2023). Пациенткам с LSIL, подтвержденным гистологически (интрацервикальная неоплазия 1-й степени, CIN1 или ранее — легкая дисплазия), не требуется лечения, поскольку большинство поражений регрессируют самостоятельно, и пациентки должны наблюдаться консервативно с повторным обследованием через 6 и 12 мес для раннего выявления прогрессирования в течение 18–24 мес. Тестирование должно включать повторный ПАП-мазок (1 раз в 6 мес) и тестирование на ВПЧ (1 раз в 12 мес) (КР³).

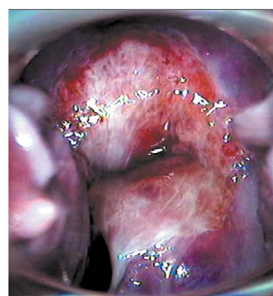
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 2

Пациентка К., 34 года. Обратилась для профилактического осмотра. Жалоб не предъявляла. При осмотре ШМ в зеркалах визуально обнаружены изменения на экзоцервиксе. В цитологическом заключении — LSIL. При лабораторном исследовании выявлен ВПЧ 16-го типа. Микроскопия мазка влагалищного отделяемого — в норме. Результаты кольпоскопии представлены на рис. 2.1. Диагноз: N87.0 «Слабовыраженная дисплазия шейки матки», B97.7 — «Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках». Рекомендовано: Суперлимф 25 ЕД 1 р/сут вагинально на ночь в течение 20 дней, 2 курса с интервалом 2 мес (согласно ИП²). Повтор цитологии через 6 мес и ко-тест через 12 мес.

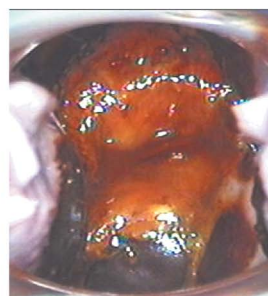
Рутинный скрининг РШМ — цитология 1 раз в 3 года (всем женщинам в возрасте от 21 года до 65 лет). ВПЧ-тест — 1 раз в 5 лет (всем женщинам в возрасте от 30 до 65 лет) согласно клиническим рекомендациям³



Обзорная кольпоскопия



Проба с уксусной кислотой



Проба Шиллера

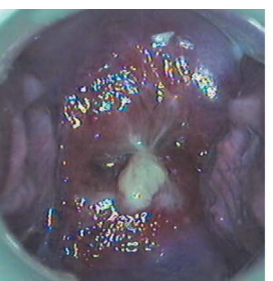
Рисунок 1.1. Кольпоскопия (до лечения). Пациентка Д., 32 года. 21.07.2022

Описание. Кольпоскопическая картина адекватная, зона трансформации (ЗТ) 1-го типа. ШМ покрыта многослойным плоским эпителием (МПЭ). МПЭ диффузно гиперемированный, с нечетко точечными вкраплениями и красноватыми пятнами, после обработки 3 %-ным раствором уксусной кислоты они становятся более отчетливыми и бледнеют. На экзоцервиксе эктопия цилиндрического эпителия, занимающая 70 % поверхности ШМ, визуализируется отек сосочков цилиндрического эпителия. По периферии эктопии — метапластический эпителий, открытые железы. Ткани отечные, при касании кровоточат.

Заключение. Эктопия цилиндрического эпителия, воспаление.



Обзорная кольпоскопия



Проба с уксусной кислотой

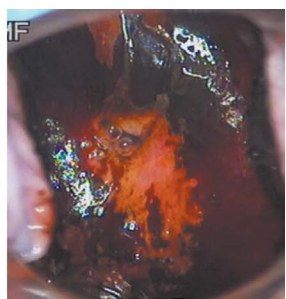
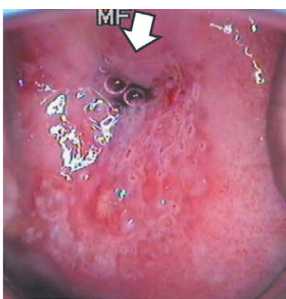


Проба Шиллера

Рисунок 1.2. Кольпоскопия (после лечения). Пациентка Д., 32 года. 28.01.2023

Описание. Кольпоскопическая картина адекватная, стык визуализируется полностью, ЗТ 1-го типа. ШМ выстлана МПЭ, цилиндрическим эпителием. ЗТ представлена обширной незрелой плоскоклеточной метаплазией с открытыми железами.

Заключение. Нормальная кольпоскопическая картина 1-го типа.



Обзорная кольпоскопия

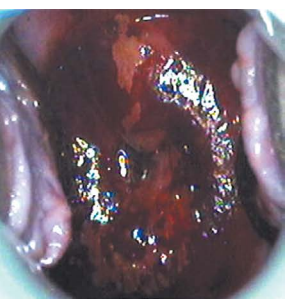
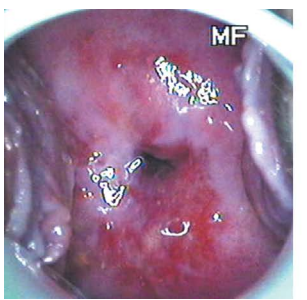
Проба с уксусной кислотой.
Прозрачный ацетобелый
эпителий (стрелка)

Проба Шиллера

Рисунок 2.1. Кольпоскопия (до лечения). Пациентка К., 34 года. 09.06.2022

Описание. Кольпоскопическая картина адекватная, стык визуализируется полностью, ЗТ 1-го типа. ШМ выставлена зрелым МПЭ. Эктопия цилиндрического эпителия преимущественно по задней губе с островками метапластического эпителия с множественными открытыми железами. После обработки раствором уксусной кислоты на передней губе на 12 часов условного циферблата появляется медленно участок тонкого ацетобелого эпителия (АБЭ) с ровными краями, не возвышающийся над окружающими тканями.

Заключение. Аномальная кольпоскопическая картина 1-го типа 1-й степени.



Обзорная кольпоскопия

Проба с уксусной кислотой

Проба Шиллера

Рисунок 2.2. Кольпоскопия (после лечения). Пациентка К., 34 года. 28.03.2023

Заключение. Нормальная кольпоскопическая картина 1-го типа.

Через 12 мес после лечения. Жалоб не предъявляет. При лабораторном исследовании: отсутствие выделения ВПЧ, цитограмма — без патологии, микроскопия мазка — в норме. Результаты кольпоскопии после лечения представлены на рис. 2.2. Диагноз: Z03 «Медицинское наблюдение и оценка

при подозрении на заболевание или патологическое состояние». Рекомендовано: повтор цитологического исследования через 6 и 12 мес, исследование на ВПЧ через 12 мес и при отрицательных результатах — рутинный скрининг РШМ.

Комментарий. LSIL представляют особую проблему, поскольку большинство гистологически верифицированных случаев регрессируют спонтанно и менее 1 % приводят к инвазивной карциноме, но в то же время может иметь место расхождение заключений кольпоскопии и гистологического исследования, и у 28 % женщин с LSIL обнаруживают CIN 2/3. Активная наблюдательная тактика и применение Суперлимфа с целью элиминации ВПЧ позволяют предотвратить случаи прогрессирования патологического процесса. Если процесс персистирует, через 1,5–2 года наблюдения рекомендуется абляция либо эксцизия (в зависимости от локализации патологического процесса) после биопсии из наиболее подозрительной зоны кольпоскопических изменений и гистологического подтверждения диагноза (Роговская С.И., 2020).

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 3
Пациентка К., 28 лет. Обратилась для контрольного осмотра. Жалоб не предъявляла. Со слов пациентки, 12 мес назад обнаружены ВПЧ (без типирования) и LSIL по данным

цитологии. Согласно кольпоскопическому заключению — аномальная зона трансформации; рекомендовано наблюдение и контрольный осмотр через 12 мес. При осмотре ШМ в зеркалах визуально обнаружены изменения на экзоцервиксе. При лабораторном исследовании выявлен ВПЧ 16-го типа. В цитологическом заключении — LSIL. Микроскопия мазка влагалищного отделяемого — в норме. Результаты кольпоскопического исследования представлены на рис. 3.1. Диагноз: N87.0 «Слабовыраженная дисплазия шейки матки», B97.7 «Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках». Рекомендовано: повторная цитология и кольпоскопия через 6 мес.

Осмотр через 6 мес — положительной динамики нет. Результаты кольпоскопии представлены на рис. 3.2. Рекомендовано: препарат Суперлимф 25 ЕД 1 р/сут на ночь во влагалище в течение 10 дней перед эксцизией. Учитывая молодой возраст пациентки и наличие репродуктивных планов, выполнена эксцизия 2-го типа (глубиной не более 8 мм), гистологический результат — CIN I. После эксцизии рекомендовано продолжить введение суппозитория Суперлимф в том же режиме ректально 20 дней, 2 курса с интервалом 2 мес, повторить в последующие два менструальных цикла, по 1 супп вагинально 10 дней (схема рекомендована согласно алгоритму⁴).

Окончание на с. 12 ►

30 ЛЕТ

научных исследований

БОЛЕЕ 150

научных работ

www.dissercart.com

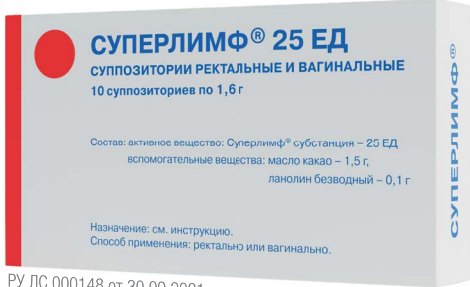
БОЛЕЕ 18 ЛЕТ

клинической практики

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА



СУПЕРЛИМФ® 25 ЕД
СУППОЗИТОРИИ РЕКТАЛЬНЫЕ И ВАГИНАЛЬНЫЕ
10 суппозитория по 1,6 г

Состав: активное вещество: Суперлимф® субстанция – 20 ЕД
вспомогательные вещества: масло какао – 1,5 г,
ланولين безводный – 0,1 г

Назначение: см. инструкцию.
Способ применения: ректально или вагинально.

РУ ЛС 000148 от 30.09.2021



реклама

ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСЛОЖНЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ¹.

Больше информации на сайте:

www.superlimf.ru





Центр иммунотерапии
«ИммуноХелп»

ООО «ЦИ «ИммуноХелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербаковская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

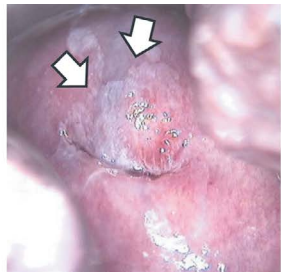
1. Инструкция по медицинскому применению
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баркевич О.А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) in vitro". //Журнал ЖМЭИ. - 2005. - №1 - С.57-60.
3. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Никанкина Л.В., Долгина Е.Н., Щегловитова О.Н. "От аутолимфоцитотерапии к контролируемому препарату к омплекса цитокинов - Суперлимфу." //Аллергия астма и клиническая иммунология. - 2001 - №6 - С. 28-33.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты." //Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.

Иммуномодулирующая терапия в лечении заболеваний шейки матки, ассоциированных с ВПЧ

Окончание, начало на с. 10



Обзорная кольпоскопия



Проба с уксусной кислотой. Ацетобелый эпителий (стрелки)



Проба Шиллера слабоположительная

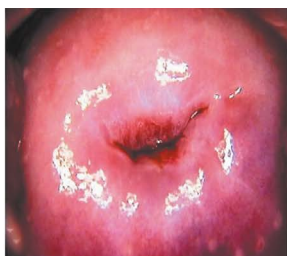
Рисунок 3.1. Кольпоскопия (до лечения). Пациентка К., 28 лет. 14.04.2023

Описание. Кольпоскопическая картина адекватная, стык полностью не визуализируется, ЗТ 2-го типа. ШМ выслана зрелым МПЭ. С 11 до 1 часа условного циферблата — участок тонкого ацетобелого эпителия с нечеткими краями, занимающего 20 % экзоцервикса.

Заключение. Аномальная зона трансформации 2-го типа 1-й степени.



Обзорная кольпоскопия



Проба с уксусной кислотой



После уксусной кислоты с зеленым фильтром

Рисунок 3.2. Кольпоскопия (после лечения). Пациентка К., 28 лет. 28.10.2023

Заключение. Нормальная кольпоскопическая картина 1-го типа.

Контрольный осмотр через 3 нед. Повтор цитологии и ВПЧ через 6 мес.

Через 6 мес после лечения. Жалоб не предъявляет. При лабораторном

исследовании: отсутствие выделения ВПЧ, цитограмма — без патологии, микроскопия мазка — в норме. Диагноз: Z03 «Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или

патологическое состояние». Рекомендовано: повтор цитологического исследования через 6 и 12 мес, исследование на ВПЧ через 12 мес и при отрицательных результатах — рутинный скрининг РШМ.

Комментарий. В исследовании Абакаровой П.Р. (2019) эффективность комбинированного лечения женщин с LSIL по описанной выше схеме составила 86,7 %, в то время как при монотерапии — 64,7 %. Рецидив к 6-му месяцу наблюдения выявлен у 4,5 и 23,5 % женщин соответственно. Кроме того, при комбинированной терапии отмечались более быстрая эпителизация ШМ после деструктивного лечения и более высокая частота элиминации ВПЧ через 6 мес. Аналогичные результаты были получены в исследовании, выполненном Хлебковой Ю.С. с соавт. (2017), в котором наряду с LSIL обнаружены БВ (57,5 %), инфекция, вызванная УПМ (43,1 %), грибы рода *Candida* (30,6 %), а также другие — сочетанная инфекция была у каждой третьей пациентки. Санация их была проведена до выполнения деструкции. Межеветинова Е.А. с соавт. (2019) отметили рецидивы

ПВИ к 6-му месяцу наблюдения у 5,6 и 25 % женщин основной (применявших Суперлимф) и контрольной групп соответственно, отмечалась более высокая частота элиминации ВПЧ через 6 мес — у 66,7 и 41,7 % соответственно.

Согласно алгоритму ведения пациенток с LSIL, при сохранении поражений или их прогрессировании необходимо провести лечение. Деструкция возможна только при 1-м типе ЗТ, когда визуализируется вся ЗТ с переходной зоной, у женщин до 35 лет с отсутствием аномалий в мазках из цервикального канала при соответствии результатов цитологического, кольпоскопического и патологоанатомического исследований. В остальных случаях и при сохранении CIN I даже в возрасте моложе 24 лет показана эксцизия (КР³).

Лечение иммуномодуляторами продуктивного компонента ВПЧ-инфекции, инициирующей и поддерживающей прогрессию CIN, патогенетически оправданно в дополнение к эксцизии (КР³).

Список литературы находится в редакции
Продолжение в следующем номере ▶

¹ Клинические рекомендации «Бактериальный вагиноз». Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Утв. 18.04.22, Приказ 5/205 КР. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ (протокол №20 от 18.03.22). 2022. 26 с.

² Суперлимф® (Superlimf). Инструкция по медицинскому применению. Утв. 2020 г. РЛС. <https://www.rlsnet.ru/drugs/superlimf-16414>

³ Клинические рекомендации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки». Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ), Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы» (РОСОРС). Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. 2020. 59 с.

⁴ Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Назарова Н.М., Межеветинова Е.А., Прилепская В.Н. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. LSIL (CIN I): тактика ведения, профилактика рецидивов. Акушерство и гинекология. 2020;12(Приложение):26–30.

ОТДОХНИ



Выбор главного редактора проф. Галины Борисовны Дикке

Дурак

Режиссер: Юрий Быков
В ролях: Артем Быстров, Наталья Суркова
Награды: «Кинотавр» (Сочи, 2014) — приз им. Г. Горина за лучший сценарий
Россия, 2014



Это третья картина, снятая сценаристом и режиссером Юрием Быковым. В ней показана трагическая попытка борьбы с коррупцией и безразличием общества к этой проблеме. Жизни 800 человек из общежития висят буквально на волоске, в любую секунду здание может рухнуть — и кто бы мог подумать, что судьбы людей окажутся в руках простого сантехника. Но удастся ли ему что-то изменить и предотвратить катастрофу?



Выбор Тамары Николаевны Бебневой

А.П. Чехов

«Черный монах»

Повесть написана в 1893 г. и имеет у литературоведов репутацию загадочной. Основной вопрос о «Черном монахе», споры о котором продолжаются до сих пор, сформулировал еще в 1900 г. современник Чехова Николай Михайловский: «Что значит самый рассказ? Каков его смысл?» — спрашивает критик. Кто такой черный монах: добрый гений, «успокаивающий утомленных людей мечтами и грезами о роли „избранников божиих“, благодетелей человечества», или, напротив, злой, «коварной лестью увлекающий людей в мир болезни, несчастья и горя для окружающих близких и, наконец, смерти»? Сам Михайловский ответил на свои вопросы: «Я не знаю».



Акушерство
и гинекология

2 (21) / 2024

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом
«АБВ-пресс»

Генеральный директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Дикке Галина Борисовна

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

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

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

www.abvpress.ru
abv@abvpress.ru

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

Заказ № 241547.

Тираж 10 800 экз.

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

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

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

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