ПОСТ-РЕЛИЗ

# I Международного Конгресса «Репродуктивное здоровье: мультидисциплинарный подход в непрерывном профессиональном развитии врачей»

*Часть 1*

В докладе **«Роль Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика в сохранении репродуктивного здоровья нации»** (Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда) были представлены некоторые данные, характеризующие репродуктивное здоровье населения, работу службы охраны материнства и детства в Украине и очерчены задачи по улучшению качества оказания медицинской помощи.

Авторы представили динамику уровня материнской смертности в Украине, показатель которой, начиная с 2013 года, остается стабильным с незначительной тенденцией к снижению, и в 2016 году составил 14,5 на 100 000 рожденных живыми. При этом основные причины материнской смертности по данным ВОЗ (*http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/*): *экстрагенитальная патология, послеродовые кровотечения, послеродовые инфекции, преэклампсия и эклампсия, опасный аборт* и по данным МЗ Украины за 2016 год: *экстрагенитальная патология (45%), кровотечение и нарушения свертываемости крови (15%), акушерская эмболия (13,3%), аборты (5%), другие причины (21,7%)* являются сопоставимыми.

Докладчики остановились и на позитивной динамике уровня младенческой смертности, которая составила в 2016 году 8,1 на 1000 родившихся живыми, и частоты абортов, которая на протяжении последних лет имеет стойкую тенденцию к снижению и в 2016 году составила 9,1 на 1000 женщин репродуктивного возраста.

Конечной целью реализации государственной политики в сфере здравоохранения, отметили докладчики, является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. При этом чрезвычайно важный фактор – наличие медицинского персонала соответствующего квалификационного уровня. Именно это и является основной задачей Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика и Украинского государственного института репродуктологии, входящего в его состав.

Авторы отметили, что последипломное образование акушеров-гинекологов базируется на основных принципах и задачах «Европейского плана действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья на основе прав человека на 2017–2021 гг.»:

- право каждого человека иметь наивысший достигнутый уровень здоровья;
- здоровье является состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;
- согласованность с общим видением ситуации, политикой и приоритетами стратегии «Здоровье-2020»;
- соответствие международным целям и задачам, в частности, актуальным целям «Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 года и Глобальной стратегии по защите здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030)»;
- преемственность при оказании помощи и принцип охвата всех этапов жизни человека.

А также последипломное образование акушеров-гинекологов базируется на задачах и мероприятиях по выполнению Государственной социальной программы «Репродуктивное здоровье нации» на период 2017–2021 гг.: создание условий безопасного материнства; сохранение репродуктивного здоровья и обеспечение универсального доступа к услугам; обеспечение эффективного управления исполнения программы.

**С приветственным словом выступила проректор по межнародным связям и научно-педагогической работе с иностранными гражданами Гульчий Олеся Петровна**, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения Украины, которая представила докладчиков из других стран и отметила важность международного сотрудничества на таком значимом мероприятии как I Международный Конгресс.



ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ №5 (121)/2017
ISSN 1992-5921

В докладе **«Фолаты: обоснованная инвестиция в репродуктивное здоровье»** Вдовиченко Юрий Петрович остановился на роли фолатов в организме: синтез и репарация ДНК; деление клеток; синтез глицина и серина; эритропоэз; участие в энергетическом обмене; предотвращение жировой инфильтрации печени; поддержка функционирования иммунной системы; участие в синтезе серотонина и т.д. Во время беременности достаточный запас фолатов (активного кофактора, который образуется из фолиевой кислоты) играет важную роль в имплантации, развитии плаценты, функции эндотелия сосудов беременной (в том числе плаценты).

Докладчик отметил, что нарушения фолатного цикла приводят к накоплению гомоцистеина в клетках и повышению общего его уровня в плазме. Гипергомоцистеинемия является не только независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Гомоцистеин, оказывая выраженное токсическое, атерогенное и тромбофилическое действие, обуславливает повышенный риск развития таких патологических процессов, как дефекты имплантации; врожденные дефекты развития плода, плацентарная дисфункция; невынашивание беременности; гестационные гипертонические расстройства.

Докладчик особо отметил решающую роль времени в формировании нервной трубки плода, поскольку дефекты формируются в течение первых 28 дней после зачатия, часто даже до того, как женщина понимает, что она беременна, что подтверждает необходимость приема фолатов задолго до зачатия для обеспечения их адекватного уровня во время нейруляции. Проф. Ю.П. Вдовиченко подчеркнул: если рассматривать дефицит фолатов с точки зрения отдаленных последствий для ребенка, то необходимо принимать во внимание данные, что недостаточное потребление фолатов в периконцепционный период ассоциируется с низким индексом психического развития, когнитивными нарушениями, повышенным риском возникновения онкологических заболеваний, аутизма и шизофрении.

Докладчик отметил, что прием фолатов необходим всем женщинам репродуктивного возраста в дозе 400 мкг фолиевой кислоты в сутки, при этом доза может быть увеличена для женщин группы высокого риска развития дефектов нервной трубки (ДНТ). В группу высокого риска входят женщины с ДНТ во время предыдущих беременностей; с ДНТ в семейном анамнезе; принимающие препараты с антифолатным эффектом (антиконвульсанты, метотрексат); женщины с инсулинзависимым диабетом; с клинически диагностированным ожирением; с полиморфизмом фолатных рецепторов или ферментов, участвующих в метаболизме фолиевой кислоты; с заболеваниями пищеварительного тракта – ПТ (энтериты, целиакия, болезнь Крона и др.), а также курящие и принимающие КОК.

В выводах докладчик еще раз подчеркнул, что:

- фолаты влияют на качество жизни и самочувствие женщины вне беременности, позволяют снизить риск развития ДНТ у плода, уменьшить риск возникновения преждевременных родов, преждевременной отслойки плаценты;
- согласно клиническим рекомендациям, женщинам репродуктивного возраста показан прием 400 мкг фолата (фолиевой кислоты) в сутки;
- прием фолата необходимо начинать заблаговременно (до зачатия) для достижения оптимального уровня в крови до периода нейруляции;
- прием КОК с фолатами является обоснованным способом обеспечения фолатного статуса у женщин репродуктивного возраста, позволяющим снизить риск ДНТ в случае незапланированного зачатия (при нарушении режима приема) или планируемой беременности сразу после прекращения применения гормональной контрацепции.

Проблеме сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) женщин и роли патологии сердечно-сосудистой системы в акушерстве и перинатологии был посвящен доклад **«Сердечно-сосудистая патология и репродуктивная система женщины: причины и следствия»** (проф. В.В. Лазоришинец, проф. Ю.В. Давыдова).

Проф. Ю.В. Давыдова отметила, что ССЗ на сегодня занимают первое место среди причин смерти женщин в возрасте старше 25 лет, а также 56% госпитализаций женщин связаны с неспецифической болью в грудной клетке, 62,6% смертей обусловлены сердечной недостаточностью, а смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) в 6 раз превышает смертность от рака грудной железы.

Актуальность проблемы сердечно-сосудистой патологии в перинатологии сегодня обуславливается структурой материнской смертности, в которой первое место занимает экстрагенитальная патология, в частности – патология ССС.

Одним из факторов решения проблемы сердечно-сосудистой патологии в целом и в акушерстве в частности является комплексный командный подход – мультидисциплинарная помощь (МДП), которая базируется на пяти ключевых элементах:

- Командный подход.
- Коммуникация между членами команды.
- Доступ ко всему спектру медицинских возможностей независимо от географического положения пациентки.
- Обеспечение помощи в соответствии с национальными стандартами и стандартами, основанными на опыте работы клиники (локальные протоколы).
- Адекватность информации: пациентки должны участвовать в обсуждениях их проблем и получать своевременную и надлежащую информацию от профессионалов.

Мультидисциплинарный подход в акушерской кардиологии предусматривает участие и взаимодействие врачей нескольких специальностей (акушер-гинеколог, кардиолог, кардиохирург, анестезиолог, врач лучевой диагностики) в ведении одного пациента; дает возможность оптимизировать процессы диагностики и лечения; унифицирует подходы к ведению пациентки кардиологами и акушерами-гинекологами; позволяет учитывать особенности функционирования ССС при беременности и ведении беременности при сердечно-сосудистой патологии, преодолеть дисциплинарную ограниченность.

Однако, подчеркнула докладчик, необходимо помнить, что юридическая ответственность за оказание помощи при беременности, в родах или при прерывании беременности и в течение 42 дней после родов лежит на акушере-гинекологе, задействованном в оказании помощи.

Подводя итог, авторами были сделаны следующие выводы:

- ССЗ – это актуальная проблема здоровья женщин.
- Беременность является метаболическим и сосудистым «стресс-тестом» для женщин, а у тех, кто «тер-

пит неудачу» (неблагоприятные исходы беременности), повышен долгосрочный риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

- У женщин, у которых развивается преэклампсия (и/или другие проявления материнских плацентарных синдромов), отмечен повышенный риск ишемической болезни сердца, инсульта и ССЗ в долгосрочной перспективе, хотя абсолютный риск низкий и является отсроченным.
- Долгосрочный риск развития ССЗ наиболее высок у женщин, имевших не только гипертензию и протеинурию во время беременности, но и аномальную плацентацию, преждевременные роды, задержку развития плода.
- Большинство женщин, у которых развивается плацентарный синдром, возвращаются в нормальное клиническое состояние в течение недель после завершения беременности, и их абсолютный риск развития ССЗ в краткосрочной перспективе низкий.
- У женщин с преэклампсией в анамнезе сердечно-сосудистый риск следует рассматривать в отношении проведения скрининга маркеров сердечно-сосудистого риска и/или подбора соответствующего лечения.
- Американская кардиологическая ассоциация рекомендует всем женщинам (даже с низким сердечно-сосудистым риском) придерживаться диеты и здорового образа жизни.

Персонализация риска является важным компонентом участия каждой женщины в программах снижения данного риска.

Проф. В.И. Пирогова в докладе **«Вагинальные инфекции – грани проблемы и пути решения»** остановилась на некоторых практических аспектах проблемы. Патологические выделения из половых путей являются наиболее распространенной причиной обращения пациенток к акушеру-гинекологу, в то же время в современных условиях врач сталкивается с серьезными трудностями в выборе тактики лечения и конкретного препарата. Большинство пациенток нуждаются в назначении лечения в момент обращения, еще до получения результатов обследования, в результате чего терапия первой линии, как правило, носит эмпирический характер. Докладчик акцентировал внимание на том, что жалобы пациентки любого возраста на выделения из половых путей не могут оставаться без внимания как акушеров-гинекологов, так и врачей другого профиля, но поскольку выделения из влагалища могут быть вызваны не только патологическими состояниями, а и рядом физиологических причин, требуется проведение обследования по определенному алгоритму.

Докладчик отметила, что одной из причин выделений из влагалища могут быть изменения микробиоты половых путей – дисбиозы. Дисбиозы характеризуются как количественные и качественные изменения определенной микробиоты, которые развиваются в результате срыва адаптации, нарушения защитных и компенсаторных механизмов и проявляются на клиническом уровне. Одной из главных проблем традиционного лечения вагинальных инфекций и дисбиотических процессов антибактериальными препаратами и антисептиками, которое успешно в 75–80% случаев, является появление в течение полугода патологических выделений почти у 40–50% пациенток, что обуславливает необходимость поиска действенных методов профилактики рецидивов.

Как один из путей решения проблемы рецидивов дисбиотических процессов на сегодня рассматривается пероральное применение пробиотиков, представителем которых, в частности, является пробиотик-биоэнтеросептик. В его состав входят Bacillus clausii, обладающие природной способностью подавлять рост чуждых кишечнику человека микроорганизмов. Кишечник является одним из наиболее важных органов иммунной системы человека, его площадь составляет 300 м$^2$ и содержит 70% иммунных клеток всего организма. Биологически активные вещества, выделяемые Bacillus clausii, проявляют антибактериальную активность в отношении большинства патогенных микроорганизмов и обеспечивают оптимальные условия для существования основной кишечной микрофлоры; облегчают расщепление и всасывание пищевых веществ; положительно влияют на местный и системный иммунитет. Свойства препарата определяют показания к его применению и эффективность в профилактике рецидивов дисбиотических процессов влагалища, в том числе во время беременности.

Профессор И.З. Гладчук в своем докладе **«Гістеректомія: інтраопераційні, ранні та пізні ускладнення»** особо отметил важность данной темы, поскольку лучшее понимание вопроса возникновения осложнений позволит лучше их профилактировать.

Автор акцентировал внимание на том, что при рассмотрении осложнений гистерэктомии, безусловно, необходимо учитывать патологию, которая послужила показаниями к операции и, в свою очередь, повлияет на механизмы возникновения и частоту осложнений. Наиболее частыми показаниями к проведению гистерэктомии являются доброкачественные процессы. Однако показаниями к операции все чаще встречаются злокачественные процессы, а также акушерские гистерэктомии и операции по поводу вагинального пролапса.

Докладчик особо подчеркнул, что при рассмотрении гистерэктомии как метода лечения доброкачественных заболеваний, необходимо помнить о большом количестве других методов терапии, которые могут удовлетворить пациентов без проведения операции.

По данным литературы, частота осложнений при гистерэктомии колеблется от 4% до 50%, что объясняется субъективностью анализа в данном вопросе. Понятие «тяжелые осложнения», которые встречаются приблизительно в 4% случаев, включает в себя осложнения, требующие релапаротомий с ушиванием дефекта полых органов, массивные кровотечения и кровоизлияния, а также тяжелые инфекции в послеоперационный период. По данным обзора осложнений гистерэктомий, проведенного в США, летальность после абдоминальных операций составляет 0,15%, тогда как после вагинальных – всего 0,04%, а после лапароскопических еще меньше. Однако И.З. Гладчук напомнил, что при сравнении хирургического доступа и частоты осложнений необходимо уделять особое внимание тому, как проводилась выборка для анализа, поскольку показания и тяжесть патологии будут отличаться у разных групп. Тем не менее, травм от троакаров не будет при абдоминальных и вагинальных операциях, а инфекционные осложнения чаще наблюдаются при абдоминальной хирургии.

Профессор напомнил, что при рассмотрении интраоперационных осложнений первое место при любом виде хирургического вмешательства занимают кровотечения.


ISSN 1992-5921

Самыми серьезными являются кровотечения из магистральных артерий и вен, хотя эти осложнения довольно редки. Однако докладчик подчеркнул, что не следует недооценивать кровотечение из мелких сосудов, которые могут приводить к возникновению гематом и тем самим осложнять послеоперационный период. Сегодня нет никаких четких алгоритмов касательно остановки кровотечения для хирургов. По словам докладчика, если происходит кровотечение, первый шаг - это компрессия (может быть пальцевой, инструментальной или за счет тракции), что дает возможность четко локализовать место кровотечения и провести адекватный гемостаз. При сравнении частоты кровотечений между абдоминальной и лапароскопической хирургии большая частота наблюдается при лапароскопии.

Еще одно серьезное осложнение – это травмы мочевого пузыря, которые случаются в 2% операций. Различают проникающие и непроникающие ранения. Докладчик напомнил, что в случаях непроникающего ранения бывает сложно провести интраоперационную диагностику, поэтому следует проводить тщательный осмотр в конце операции. В свою очередь, при диагностике проникающих ранений значительную помощь оказывает катетер Фолея, который должен присутствовать при любых видах операций. При выявлении поражения его необходимо устранить интраоперационно, поскольку травмы могут привести к еще более тяжелым осложнениям в послеоперационный период. При подозрении на травму операцию следует заканчивать проверкой целостности мочевого пузыря путем введения 200 мл физиологического раствора через катетер Фолея. При сравнении абдоминального и лапароскопического подходов частота этого осложнения существенно не отличается.

При рассмотрении отдаленных послеоперационных осложнений И.З. Гладчук акцентировал внимание на вагинальном пролапсе, поскольку данная патология возникает вследствие предрасположенности пациентов. Однако перед операцией следует проводить тщательную оценку риска, а при необходимости - интраоперационные мероприятия, направленные на уменьшение частоты данного осложнения.

Еще одним поздним осложнением являются вагинальные кровотечения, которые возникают в основном на 21-й день послеоперационного периода. Даная патология возникает при избыточном использовании коагуляции во время операции, поскольку в это время происходит отторжение струпа и возможно оголение сосудов с последующим массивным кровотечением.

В завершение своего доклада профессор еще раз подчеркнул, что при возможности использования других методов лечения гистерэктомии следует избегать.

**На фото (слева направо): Татарчук Татьяна Феофановна**, доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ АМН Украины»; **Мириам Минтс**, MD, PhD, доцент кафедры акушерства и гинекологии Каролинского Института, ведущий консультант Каролинской университетской клиники, Стокгольм, Швеция; **Соня Андерссон**, MD, PhD, профессор Института клинических исследований, Департамент акушерства и гинекологии Каролинского университетской клиники, Каролинский Институт, Стокгольм, Швеция; **Булавенко Ольга Васильевна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, директор Клиники репродуктивной медицины «РЕМЕДИВИН», г. Винница; **Вдовиченко Юрий Петрович**, доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, первый проректор НМАПО имени П. Л. Шупика, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО имени П. Л. Шупика, президент Ассоциации перинатологов Украины; **Щербинская Елена Станиславовна**, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО имени П. Л. Шупика, вице-президент Ассоциации перинатологов Украины; **Пирогова Вера Ивановна**, доктор мед. наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого

В докладе А. Феськова **«Особенности малоинвазивной хирургии в работе врача-репродуктолога»** охарактеризованы основные задачи малоинвазивной хирургии в клинике вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), к которым относятся диагностические, лечебные, оперативные и тактические мероприятия, направленные на повышение эффективности лечения методами ВРТ, а также сокращение длительности лечения. Автор особо остановился на инновационном подходе, при котором ги-

стероскопию и забор ооцитов проводят одновременно. Докладчик отметил, что выполнение гистероскопической операции одновременно с забором ооцитов не оказывает негативного влияния на репродуктивные результаты, поскольку, по данным исследования, показатели частоты имплантации, биохимической и клинической беременности и показатели потерь беременности в группе гистероскопии и контроля достоверно не отличались.

Еще одним важным вопросом, на котором акцентировал внимание докладчик, является проведение гистероскопии перед первой программой ЭКО. Систематический обзор и мета-анализ опубликованных контролируемых исследований свидетельствует, что гистероскопия у женщин без симптомов до проведения первого цикла ЭКО может быть связана с улучшением результатов лечения в случае проведения манипуляции непосредственно перед началом цикла ЭКО. Однако для подтверждения этого вывода и имплементации метода в клиническую практику необходимы высококачественные рандомизированные исследования.

Остановился докладчик еще на одном спорном вопросе – когда следует проводить перенос криоэмбриона женщинам после полипэктомии, поскольку опубликованные на сегодня результаты исследований не позволяют сделать однозначные выводы. Подводя итоги, докладчик отметил, что:

- малоинвазивные оперативные вмешательства позволяют улучшить результаты IVF и сократить время лечения;
- гистероскопическое удаление полипов существенно не влияет на исход ВРТ, а эмбриотрансфер после удаления полипов следует проводить через 1–2 месяца;
- наличие внутриматочных перегородок и синехий требуют повторной диагностики и коррекции при необходимости;
- гистероскопическая окклюзия маточных труб может быть заменена удалением гидросальпинксов.

Вопросам практической подготовки акушеров-гинекологов был посвящен доклад А.Д. Витюк **«Особенности освоения малоинвазивной хирургии, важность этапности – ключ к успеху»**. Одним из важнейших моментов лапароскопической хирургии является визуальное восприятие операционной области, поскольку мини-визуализация существенно отличается от привычной. Данные навыки могут быть приобретены только практическим путем, поэтому практические тренинги в подготовке врачей-лапароскопистов имеют огромное значение. Как пример подобной подготовки докладчик представил курс однонедельного (39 ч) тематического усовершенствования «Основы гистеро- и лапароскопии в гинекологии», во время которого слушатели в процессе работы на специальных тренажерах приобретают навыки диагностической гистероскопии и лапароскопии, гистероскопической миомэктомии, эндохирургии придатков матки, гистероскопической абляции эндометрия.

Академик А.Г. Резников в докладе **«Прогестерон и его роль в сохранении беременности»** не только охарактеризовал основные физиологические эффекты прогестерона – гормона беременности, но и остановился на различных механизмах поддержки беременности прогестероном. Прогестерон обладает токолитическим действием вследствие седативного и анксиолитического эффекта, изменения проводимости ионов К+ (гиперполяризация мембраны), закрытия кальциевых каналов, антагонизма с эстрогенами и окситоцином на уровне матки. К другим механизмам поддержки беременности прогестероном относятся регуляция маточно-плацентарного кровотока, увеличение синтеза плацентарных гормонов, снижение экспрессии рецепторов эстрогенов в эндометрии, активация ферментов метаболизма эстрогенов, уменьшение синтеза простагландинов и провоспалительных цитокинов в матке, увеличение количества лимфоцитов во влагалище (защита от инфекции), гипертрофия миометрия.

Докладчик представил хронологическую последовательность создания различных лекарственных форм прогестерона (масляный раствор, микронизированный прогестерон в капсулах для перорального и вагинального применения, в виде крема, геля для вагинального применения, микронизированный прогестерон в таблетках для вагинального применения, микронизированный прогестерон в таблетках для сублингвального применения). А.Г.Резников привел детальную сравнительную характеристику фармакодинамики и фармакокинетики сублингвальной и вагинальной таблетированной форм микронизированного прогестерона. Для сублингвальной формы микронизированного прогестерона характерно быстрое всасывание (15–30 мин), что обеспечивает быстрый эффект в экстренных ситуациях, отсутствие эффекта первичного прохождения через печень, быструю и высокую биодоступность, удобство введения. Для вагинальной таблетированной формы микронизированного прогестерона характерны высокая биодоступность, «адресная доставка» в матку, стабильная концентрация прогестерона в крови, отсутствие первичного прохождения через печень, возможность применения при патологии ПТ или при раннем гестозе.

Докладчик особо акцентировал внимание на том, что микронизированный прогестерон увеличивает шансы на беременность во время окна имплантации в программах ВРТ, обеспечивает улучшение плацентации, уменьшает риск выкидышей и преждевременных родов, снижает частоту осложнений беременности и перинатальных осложнений.

В докладе **«Рациональный взгляд на эндоскопические вмешательства при бесплодии»** Н.Г. Грищенко были представлены данные исследований о роли эндоскопических вмешательств в повышении эффективности ВРТ. Согласно данным доказательной медицины, рутинная гистероскопия перед ЭКО, по данным исследования с участием 750 женщин, не увеличивает частоту родов у бесплодных женщин с неизмененной полостью матки по данным трансвагинального УЗИ. Хирургическое лечение синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) с 2013 года не рассматривается в принципе! Лапароскопический овариальный дриллинг является второй линией терапии только в случае резистентности к кломифена цитрату и хронической ановуляции. Проверка состояния маточных труб методом ультразвуковой сонографии может быть такой же эффективной, как стандартная гистеросальпингография, а оба метода имеют высокую специфичность и чувствительность, сравнимую с лапароскопией.

Докладчик отметил, что на сегодня есть только ограниченные данные, которые не предоставляют доказательств пользы или вреда операций на маточных трубах по сравнению с отсутствием лечения или применением альтернативных методов лечения. Также нет доказательств преимуществ или недостатков микрохирургических вмешательств по сравнению со стандартными методами, а лапароскопии – перед лапаротомией, использования $CO_2$-лазера, электрокоагуляции – перед термокоагуляцией.

Отдельно докладчик остановился на взаимосвязи

миомы матки и фертильности, поскольку миома матки влияет на фертильность вследствие ряда факторов: анатомической деформации, патологической сократимости матки, недостаточного кровоснабжения эндометрия, местного воспаления/неблагоприятных условий в эндометрии (изменение экспрессии генов). В то же время есть данные, что миомы без деформации полости матки не влияют на эффективность ВРТ, а субсерозные узлы до 5 см не влияют на эффективность ЭКО. Сегодня не существует достаточных доказательств для оценки роли миомэктомии в улучшении фертильности. Докладчик привел данные двух РКИ о том, что не доказана существенная разница между лапароскопической и открытой хирургией в отношении влияния на фертильность, хотя и отметил, что эти данные следует рассматривать с осторожностью из-за небольшого количества исследований. Кроме того, Н.Г. Грищенко подчеркнул, что эмболизация маточных артерий, миолиз, терапия ультразвуком под контролем МРТ **не могут** быть рекомендованы для женщин с миомой, которые стремятся сохранить или улучшить свою фертильность.

При рассмотрении эндоскопических стратегий при эндометриозе и бесплодии у женщин со стадией эндометриоза AFS/ASRM I/II клиницисты, отметил докладчик, не должны ограничиваться только диагностической лапароскопией, а должны выполнять оперативную лапароскопию с иссечением или абляцией очагов эндометриоза, адгезиолизисом для увеличения показателя частоты наступления беременности. Было отмечено также, что у бесплодных женщин со стадией эндометриоза AFS/ASRM III/IV оперативная лапароскопия (а не тактика выжидания) может увеличить показатели спонтанной беременности. Докладчик остановился также на вопросах консультирования пациенток и аспектах гормональной терапии эндометриоза. Так, рекомендуется, чтобы врачи консультировали женщин с эндометриозом в отношении рисков, связанных со снижением функции яичников после операции и возможной потерей яичника. При решении вопроса об оперативном лечении следует принимать во внимание наличие предыдущих оперативных вмешательств на яичниках. Женщинам с бесплодием и эндометриозом не рекомендуется назначать добавочную гормональную терапию перед и после хирургического вмешательства, чтобы улучшить вероятность спонтанной беременности, так как доказательства эффективности добавочной гормональной терапии отсутствуют.

В докладе проф. Е.Н. Носенко **«Этиопатогенез и современные подходы к лечению дисменореи»** были рассмотрены основные аспекты диагностики и лечения данной патологии. Нарушение менструального цикла, проявляющееся в болезненных менструациях, обозначается как «дисменорея», что в переводе с греческого языка означает «затрудненное менструальное истечение». На сегодня термины «альгодисменорея» или «альгоменорея» являются устаревшими. Докладчик подробно остановилась на классификации дисменореи (первичная (I) (спазматическая или функциональная); вторичная (II) (органическая), неуточненная) и определении первичной и вторичной дисменореи.

Первичная дисменорея – это боль во время менструации при отсутствии патологических изменений со стороны половых органов, возникает в первые 6 мес после менархе от начала менструаций, а также может развиться у пациенток с ановуляцией без аномалий развития половых органов (IIIA). При вторичной дисменорее боль является следствием каких–либо заболеваний органов малого таза. Диагноз может быть установлен только при появлении симптомов на фоне предшествующих, нормально протекающих менструаций (IIIA).

Болевой синдром при дисменорее сопровождается развитием вегетативных и вегетативно-сосудистых реакций в виде тошноты, отрыжки, икоты, рвоты, озноба, ощущения жара, потливости, гипертермии, сухости во рту, головной боли, частых мочеиспусканий, вздутия живота, диареи, обморочных состояний, могут возникать эмоционально-психические нарушения (раздражительность, анорексия, депрессия, сонливость, бессонница, булимия, непереносимость запахов, извращение вкуса и др.). Сильная боль способствует развитию астенического состояния, снижает память и работоспособность. Иногда основным симптомом может быть один из перечисленных выше, который больную беспокоит больше, чем менструальная боль.

Докладчик остановилась на современных теориях патогенеза дисменореи:

- Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и корково-подкорковых взаимоотношений.
- Нарушение синтеза нейротрансмиттеров и других биологически активных соединений (серотонин, γ-эндорфины и др.) лимбико-ретикулярной системы.
- Нарушение метаболизма арахидоновой кислоты, приводящее к гиперпродукции простагландинов $PGE_2$ и $PGF_{2\alpha}$,тромбоксана $A_2$ и лейкотриенов, что обуславливает спастические сокращения гладкомышечной ткани.

Избыточная продукция простагландинов и изменение соотношения их фракций приводит к сосудистому

спазму и локальной ишемии. В итоге возникает гипоксия клеток, накопление биологически активных веществ, медиаторов боли, стимулирующих С-тип болевых нейронов; сенсибилизация нервных окончаний к действию брадикининов и других медиаторов воспаления, что вызывает боль.

Синтез простагландинов зависит от уровней эстрадиола и прогестерона, а также от их соотношения. Экспериментально было установлено, что максимальный уровень секреции $PGF_{2\alpha}$ наблюдается в присутствии эстрадиола в количестве 0,3 нг/мл и прогестерона – 10 нг/мл. Установлено также, что снижение синтеза прогестерона желтым телом приводит к разрушению лизосом эндометриальных клеток и высвобождению фосфолипазы $A_2$, которая конвертирует жирные кислоты в арахидоновую кислоту, одновременно являющуюся предшественницей простагландинов (синтез опосредован циклооксигеназой) и лейкотриенов (синтез опосредован 5-липоксигеназой).

Таким образом, адекватная концентрация прогестерона в нормальном менструальном цикле является одним из факторов, препятствующих гиперпродукции простагландинов и формированию дисменореи.

Курение, нездоровый образ жизни, пренебрежение физическими упражнениями повышают риск выраженной дисменореи. Часто появлению болезненных менструаций предшествуют повторные стрессовые ситуации, физическое и психическое перенапряжение, оперативные вмешательства, что, вероятно, приводит к срыву адаптационных механизмов на уровне центральной нервной системы и снижению порога болевой чувствительности.

Учитывая этиопатогенетические особенности дисменореи, лечение пациенток должно быть комплексным и персонифицированным, подчеркнула докладчик, и представила характеристику эффективности и обоснование применения некоторых групп медикаментозных средств для терапии дисменореи.

Она отметила, что НПВС являются эффективным средством в терапии дисменореи (эффективность составляет 77–80%), однако пациентки должны быть осведомлены о существенном риске развития побочных эффектов. Механизм действия НПВС обусловлен угнетением синтеза простагландинов из арахидоновой кислоты путем ингибирования фермента циклооксигеназы (ЦОГ). Препараты, относящиеся к группе спазмолитиков, являются одними из востребованных и назначаемых врачами различных специальностей, так как дисфункция гладкомышечных клеток внутренних органов и их избыточное сокращение лежит в основе как хронического, так и острого болевого синдрома.

Патогенетически оправданным вариантом лечения дисменореи также является гормонотерапия. С целью лечения дисменореи гормонотерапия применяется в двух видах: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и прогестагены. Преимущества КОК очевидны, если женщина преследует цель предохранения от беременности. Если такая цель не стоит, то препаратами выбора становятся производные прогестерона.

В заключение проф. Е.Н. Носенко отметила, что подбирая лечение конкретной пациентке с дисменореей, врач должен руководствоваться индивидуальными особенностями протекания менструального цикла, выраженностью и продолжительностью боли, наличием или отсутствием гинекологических заболеваний, психоэмоциональным состоянием пациентки, а лечение должно быть патогенетически обусловлено и направлено на улучшение качества жизни.

Профессор С.Р. Галич в докладе **«Синдром задержки развития плода во II триместре: рациональное ведение; родоразрешение; профилактика перинатальных поражений ЦНС»** акцентировала внимание слушателей на важности нейропротекции плода. Шансы на выживание недоношенных новорожденных возрастают со сроком беременности: >23 нед – 16%; > 24 нед – 44%; > 25 нед – 63%, причем с каждым днем гестации выживаемость увеличивается на 3%, однако выживание новорожденных не является самоцелью, чрезвычайно важен неврологический статус выживших детей.

На поставленный вопрос – какие мы имеем возможности по защите мозга, проф. С.Р. Галич охарактеризовала несколько стратегий.

Возможность № 1: более длительное пребывание in utero. Критерии родоразрешения: отсутствие роста фетометрических показателей плода за неделю, нарушение кровотока в средней мозговой артерии и др. Более продолжительное пребывание in utero уменьшает частоту и выраженность синдрома дыхательных расстройств новорожденных, потребность в применении ИВЛ и курасурфа, частоту жизнеугрожающих осложнений периода новорожденности.

Возможность № 2: срочная нейропротекция. Докладчик отметила, что в нескольких исследованиях было показано, что сульфат магния при введении женщинам с риском преждевременных родов достоверно снижает риск церебрального паралича у детей на 32% (ОР 0,68; 95% ДИ – 0,54–0,87), приводит к статистически достоверному уменьшению частоты тяжелой моторной дисфункции у детей (ОР 0,61; 95% ДИ – 0,85).

Возможность № 3: длительная нейропротекция. Согласно мета-анализу Кокрейновской базы данных прием органических солей магния снижает ряд рисков и осложнений беременности: угрозы прерывания беременности на 62%; преждевременных родов на 27%; рождения детей с низкой массой тела на 33%.

Возможность № 4: нейропротекторное действие микронизированного прогестерона. По данным личных исследований докладчика, на фоне приема интравагинального прогестерона (Лютеина) наблюдалась нормализация психоэмоционального состояния пациенток.

Автором была предложена следующая стратегия ведения беременности и родоразрешения при СЗРП: более длительное пребывание in utero под контролем фетометрии и кровотока в средней мозговой артерии; применение метаболической терапии или принципа медикаментозного невмешательства, категорический отказ от инфузионных технологий, нейропротекция сульфатом магния перед родоразрешением.

В заключение докладчик отметила, что длительная нейропротекция препаратом магния улучшает неврологический статус детей с СЗРП, а при применении прогестерона (интравагинально или сублингвально) в сочетании с препаратами магния отмечается выраженный нейропротекторный эффект.

В докладе Е.П. Манжуры, А.Н. Клюсова **«Неинвазивное оперативное лечение АМК – миом матки и аденомиоза – HIFU-технология»** были представлены возможности данной технологии.

Докладчик охарактеризовала существующие на сегодня методы лечения миомы тела матки, которые диагностируют у каждой 3–4-й женщины в репродуктивный период.

Медикаментозные препараты (ГнРГ, антиэстрогены, прогестины, антипрогестины, андрогены) воздействуют на различные звенья гипоталамо-гипофизарно-яичнико-

вой системы с различными эффектами и последствиями, а по данным доказательной медицины – медикаментозная терапия малоэффективна.

Хирургическим методом лечения является консервативная миомэктомия (лапаротомно, лапароскопически, гистероскопически).

Эмболизация маточных сосудов не позволяет избавиться от узлов, возможно лишь уменьшение их размеров на 40–60%. Докладчик отметила, что нужно помнить о том, что в первые месяцы после процедуры может быть усиление боли, повышение температуры тела, что связано с ишемией узла и матки в целом, а вопрос допустимости вынашивания беременности остается дискутабельным.

Перечисленные выше хирургические методы инвазивны и влекут за собой осложнения, а именно: спаечная болезнь, образование грубой рубцовой ткани, риск перфорации матки во время вынашивания беременности, воспалительные осложнения, которые составляют 7–28%. Это привело команду медиков, инженеров, физиков и биологов к поиску возможности неинвазивной хирургии и созданию аппарата HiFu (High Intensive Focused Ultrasound) для реализации эффективного локального и, самое главное, неинвазивного воздействия на опухолевые образования. Действие основано на влиянии ультразвуковой волны высокой мощности, которая генерируется линзой излучателя и проходит через биологические ткани пациента. Проводящей средой между телом пациента и линзой является дегазированная вода, что обеспечивает беспрерывность ультразвуковой волны.

Уникальность метода неинвазивной хирургии – это технология будущего. Метод, позволяющий безопасно и эффективно девитализировать опухолевые клетки, признан эффективным и получил широкое распространение в мире. В отличие от способов, связанных с ионизирующим излучением, HIFU может использоваться неоднократно при отсутствии реальной опасности «перелечить» опухолевые ткани. Для метода описаны очень немногие осложнения, что позволяет применять HIFU с паллиативной целью при нерезектабельных опухолях с целью циторедукции, уменьшения клинической опухолевой симптоматики.

Докладчик остановилась не только на критериях отбора кандидатов: подтвержденный диагноз (миома тела матки, локальный аденомиоз) с УЗ-визуализацией миоматозного узла диаметром более 1 см; клиническая симптоматика (АМК, дисменорея, болевой синдром, вторичная анемия); желание женщины сохранить матку и согласие пациентки на HIFU, но и на противопоказаниях для применения метода: субсерозный узел на тонкой ножке; шеечная миома; узел по задней стенке матки менее 3,5 см (опасность повреждения сакральных нервов); воспалительный процесс в малом тазу, ВМС, толщина подкожной жировой клетчатки более 4 см, келлоидный рубец передней брюшной стенки, подозрение на злокачественный процесс, перенесенная лучевая терапия в области малого таза больше 45 Грей.

Докладчик отметила, что основными показаниями для применения метода является сохранение фертильной функции, невынашивание беременности из-за подслизистого миоматозного узла. На сегодня выполнено 89 дистанционных ультразвуковых абляций миом матки у 82 пациенток в возрасте 21–49 лет на аппарате JC (производитель: Chongqing Haifu (HIFU) Technology Co., Ltd., Китай), при этом количество обработанных миоматозных узлов у одной пациентки варьировало от 1 до 4 с размерами от 1,0 до 10,0 см и у 8 пациенток с узловыми и диффузными формами аденомиоза. Всем пациенткам на предоперационном этапе проводили полное гинекологическое обследование для исключения онкопатологии, УЗИ и МРТ с контрастированием. Операцию выполняли под внутривенной седацией пропофолом, время операции составляло от 1 до 4 ч, средний койко-день – 1,06 дня.

Профессор Р.А. Ткаченко в своем докладе **«Проблема антибиотикорезистентности в акушерской практике и пути ее решения»** сосредоточил внимание на проблеме септических осложнений в акушерско-гинекологической практике.

Докладчик привел статистические данные о частоте тяжелого сепсиса и смерти, ассоциированной с сепсисом, в 1998–2008 гг. в США, отметив, что если частота сепсиса в период с 1998 по 2000 г. составляла 6,5 на 100 000 родов, то в период с 2007 по 2008 г. возросла до 13,8 на 100 000 родов.

Сепсис чаще всего имеет полимикробную этиологию, представленную смешанной аэробно-анаэробной флорой. При этом наиболее часто присутствуют грамположительные кокки (стрептококки, энтерококки и стафилококки), грамотрицательные аэробы (E. coli), грамотрицательные анаэробы (B. bivius), анаэробные кокки (пептококки и пептострептококки).

Особое внимание докладчик обратил на тот факт, что в 2013 г. зафиксирована резистентность стрептококков, кишечной палочки, выделенных от беременных, ко многим часто используемым антибактериальным препаратам.

Согласно данным литературы, ранняя адекватная антибиотикотерапия при сепсисе достоверно снижает летальность, неадекватная – увеличивает, а задержка с антибиотикотерапией у больных с сепсисом, перитонитом, менингитом и др. может значительно снизить вероятность благоприятного результата. Деэскалационный метод эмпирической антибиотикотерапии связан с более низкой летальностью и уменьшает риск развития резистентности у больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком.

Докладчик отметил, что на сегодняшний день антибиотикорезистентность Staphylococcus aureus продолжает возрастать.

Идентифицированы:

- MSSA – пенициллин-резистентный, метициллин-чувствительный S. aureus, пенициллин-резистентность связана с выработкой фермента пенициллиназы, подавляемой полусинтетическими пенициллинами (метициллином);
- MRSA – S. aureus, устойчивый к полусинтетическим (β-лактамным) пенициллинам, в том числе к метициллину, цефалоспоринам, карбопенемам;
- VISA – S. aureus, гетерорезистентный к ванкомицину;
- VRSA – ванкомицин-резистентный S. aureus.

Проф. Р.А. Ткаченко отметил, что у беременных носительство MRSA наблюдается достаточно часто. Среди 5732 матерей, родивших 5804 детей, 22,9% были носителями β-гемолитического стрептококка и 14,5% – Staphylococcus aureus, при этом 24,3% из выделенных Staphylococcus aureus были MRSA (MRSA-колонизация отмечена у 3,5% матерей). Докладчик подчеркнул, что на сегодня применение линезолида как альтернатива ванкомицину является критически важным в лечении MRSA-инфекции. Данные литературы свидетельствуют, что эмпирическая терапия линезолидом связана с более низкой смертностью и более успешной микробиологической эрадикацией по сравнению с ванкомицином у больных с бактериемией.

На сегодня наиболее адекватной комбинацией антибиотикотерапии для лечения внутригоспитальных инфекций является комбинация аминогликозидов, карбапенемов и линезолида, а одной из оптимальных комбинаций для стартовой эмпирической антибактериальной терапии «тяжелых» инфекций в акушерстве является сочетание карбапенема (меропенем, дорипинем, имипенем) с клиндамицином и флуконазолом.

Особое внимание вызвал доклад проф. В.В. Поворознюка, Н.И. Дзерович «**Саркопения у женщин постменопаузального периода**». Саркопения – это состояние, которое характеризуется прогрессивным и генерализированным снижением скелетной мышечной массы и ее силы с риском развития таких осложнений, как нарушение подвижности, снижение качества жизни и смерть (EWGSOP, 2010). Ее распространенность в возрасте 60–70 лет составляет 5–13%, увеличиваясь после 80 лет до 11–50%.

Авторы представили обширную базу исследований, посвященных изменениям мышечной массы и снижению мышечной силы с возрастом. Так, мышечная масса уменьшается на 40% в возрасте от 20 до 70 лет *(Rogers, Evans, 1993)*, отмечается 6% снижение мышечной массы каждые 10 лет в возрасте от 30 до 70 лет *(Fleg, Lakatta, 1988)*, потеря 1,4–2,5% мышечной массы ежегодно после 60 лет *(Frontera et al., 2000)*. В то же время мышечная сила увеличивается до возраста 30 лет, затем отмечается плато в возрасте 30–50 лет, и далее она уменьшается на 24–36% в возрасте 50–70 лет *(Larsson, 1979)*. Отмечается 8% уменьшение мышечной силы каждые 10 лет после 45 лет *(Brooks, 1995)* и 15% ее уменьшение на протяжении 6-й и 7-й декад жизни, в дальнейшем данный показатель составляет 30% *(Evans, 1997)*.

Докладчик Н.И. Дзерович представила критерии установления диагноза саркопении (EWGOP, 2010), который основывается на выявлении двух из трех критериев, при этом наличие первого критерия является обязательным: снижение мышечной массы, уменьшение мышечной силы, снижение мышечной функции.

Авторы представили принципы терапии саркопении, которая снижает качество жизни пожилых пациенток. Так, эффективность физических нагрузок превышает результаты других видов лечения саркопении, применявшихся без сочетания с физической нагрузкой (различные варианты заместительной гормональной терапии, коррекция питания и др.). Комплексная терапия, включающая прием витамина D и лечебную физкультуру в течение 12 мес, способствует достоверному улучшению ежедневной активности, качества жизни, статической балансировки, силы скелетных мышц и снижению частоты падений у женщин в постменопаузе. В исследовании WHI также было отмечено, что невзирая на потерю около 1% силы скелетных мышц ежегодно после наступления менопаузы, ЗГТ имеет относительно малый клинически значимый эффект.

Вопросы эволюции хирургии и результаты собственных исследований представили в своем докладе А.Ю. Иоффе, О.П. Стеценко, М.Е. Яроцкий **«Однопортовые лапароскопические симультанные оперативные вмешательства у женщин при сочетании хирургической и гинекологической патологии»**. Авторы доложили о результатах 37 симультанных операций при сочетании хирургической и гинекологической патологии (фибромиома матки, кисты обоих яичников, холецистэктомия) в период с мая 2012 по январь 2017 г. Докладчики отметили, что не было ни одного интраоперационного осложнения, в послеоперационный период не применялись наркотические аналгетики, среднее время симультанного оперативного вмешательства составило 95,47±8,72 мин.

Подводя итоги, авторы отметили, что использование единого трансумбиликального доступа имеет ряд преимуществ перед традиционными лапароскопическими вмешательствами: наличие одного рубца в области пупка обеспечивает удовлетворительный косметический эффект; надежное ушивание апоневроза препятствует формированию троакарной грыжи; обеспечивается возможность выполнения симультанной операции с одного доступа, высокий уровень снижения интенсивности послеоперационного болевого синдрома; сокращение времени нахождения пациента после операции в стационаре до одних суток.

К преимуществам однопортовых лапароскопических симультанных оперативных вмешательств относятся удобство эвакуации удаленного органа или части органа, косметический эффект, снижение болевых ощущений в ранний послеоперационный период, снижение риска раневой инфекции; сокращение срока пребывания в стационаре и сроков реабилитационного периода. Однако есть определенные ограничения – наличие специального инструментария, удлинение времени операции и необходимость полного взаимодействия хирурга и ассистента.



ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ №5 (121)/2017
ISSN 1992-5921

**Дружественный гала-ужин**

Проф. А.М. Юзько в своем докладе **«Что нового в диагностике и лечении синдрома поликистозных яичников?»** представил доказательную информацию по СПКЯ. Докладчик отметил, что СПКЯ – гетерогенное, системное хроническое расстройство, связанное с гиперандрогенией, нарушением менструального цикла и метаболическими осложнениями. Это «пожизненный комплекс» расстройств, которые динамично изменяются. К критериям диагностики СПКЯ принадлежат гиперандрогения (клиническая или биохимическая), дисфункция яичников (олигоменорея, ановуляция), наличие поликистозных яичников по данным УЗИ при исключении других андрогенных нарушений или сопутствующих заболеваний.

Проф. А.М. Юзько отметил, что наиболее часто в лечении СПКЯ используются КОК, рассматриваемые как первая линия терапии (Международное общество эндокринологов), хотя парадокс состоит в том, что у одного из КОК нет показаний «терапия СПКЯ». Докладчик остановился на рисках и позитивных эффектах применения КОК при СПКЯ. Существует вопрос, какому КОК следует отдать предпочтение при СПКЯ? Докладчик отметил, что в своей практике он отдает предпочтение КОК, в составе которого прогестагенный компонент представлен хлормадинона ацетатом, единственный прогестаген сегодня с доказанной безопасностью. Выбор основывается на доказанной тромбофилической безопасности, уменьшении опасности сердечно-сосудистых заболеваний, отсутствии влияния на метаболизм углеводов. Препарат показан для лечения тяжелых дерматопатий, выраженного гирсутизма, алопеции, тяжелой угревой сыпи, положительно влияет на настроение и психологическое состояние за счет модуляции активности рецепторов ГАМК и отсутствия противодействия β-эндорфинам.

Докладчик особо акцентировал внимание на том, что несмотря на разнообразие оперативных вмешательств, которые проводят отечественные гинекологи при СПКЯ, в мире признается только одна – дрилинг яичников. Он отметил, что согласно данным ряда исследований нет никакой достоверной разницы между лапароскопическим овариальным дрилингом (с или без стимуляции овуляции) в сравнении со стимуляцией овуляции гонадотропинами у женщин со СПКЯ и кломифен-резистентностью на частоту возникновения беременности и овуляции в течение 12 мес наблюдения, а электрокоагуляция яичников при СПКЯ должна применяться у отдельных пациенток с ановуляцией, особенно с нормальным ИМТ как альтернатива индукции овуляции.

Большое внимание привлек доклад проф. Дайвы Вайткене (Литва) **«ВПЧ и первичная профилактика рака шейки матки»**. Докладчик отметила, что вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ) включена в Национальные календари прививок 68 стран.

Предполагается, что после вакцинации против ВПЧ неинфицированного населения можно ожидать снижения частоты рака шейки матки на 90%, всех онкологических заболеваний, обусловленных ВПЧ (мужчины и женщины), – на 77%, развития тяжелых дисплазий шейки матки (> CIN2) – на 80%, генитальных кондилом (мужчины и женщины) – на 90%.

В своей практической деятельности врачи часто задаются вопросами «Являются ли вакцины действительно эффективными в реальной жизни? Являются ли вакцины действительно безопасными?»

Докладчик отметила, что вакцина имеет доказанную 100% эффективность в предотвращении CIN3 для Cervarix и Gardasil-9 и 96,9% для Gardasil/Silgard.

В отношении оценки безопасности вакцинации против ВПЧ докладчик привела следующие факты. GlaxoSmithKline получили в общей сложности пять отчетов о фатальных исходах у субъектов, у которых использовали вакцину HPV-16/18 в условиях после лицензирования в течение периода исследования, однако ни один из них не был оценен как причинно-связанный с вакцинацией. В 2009 году Слэйд и его коллеги исследовали 32 случая смерти, приписываемых Gardasil®, о которых сообщалось VAERS (Система оповещения о неблагоприятных событиях вакцины). Отмечено, что в отношении 12 случаев не было достаточной информации для выявления или проверки смерти, среди причин остальных 20 смертей 2 наступили вследствие диабетического кетоацидоза, 3 – вследствие легочной эмболии, 6 были связаны с сердечно-сосудистой патологией, 2 – с идиопатическими припадками, 1 связана с несовершеннолетним амиотрофическим боковым склерозом, в 1 случае смерть была связана со злоупотреблением лекарственными средствами, отпускаемыми по рецепту, еще в 1 – с менингоэнцефалитом, 4 случая смерти объяснены не были.

Докладчик отметила, что рекомендуется вакцинировать девочек, причем целевой возраст должен быть как можно раньше, начиная с 9 до 14 лет (уровень доказательности: высокий, сильная рекомендация). С другой стороны, органы общественного здравоохранения могут устанавливать верхний предел целевой группы населения старше 14 лет в зависимости от местной политики и ресурсов (уровень доказательности: низкий, сила рекомендации: умеренная). Для иммунокомпетентных девочек в возрасте от 9 до 14 лет рекомендуется двухдозовый режим (уровень доказательности: средний, сила рекомендации умеренная). Интервал между двумя дозами должен составлять не менее 6 мес и не более 12–15 мес (6 мес: качество доказательств высокое; сильная рекомендация; 12–15 мес: качество доказательств низкое, слабая рекомендация). Если возраст девочки во время инициации вакцинации более 15 лет, рекомендуется применение трех доз (качество доказательств: среднее, сила рекомендации: умеренная).

В отношении стратегии вакцинации для беременных докладчик отметила, что HPV-vaccination для них не рекомендуется.

*(Продолжение в следующем номере)*