

НОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

**NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!**

№ 2
2000

НАУКА И ПРАКТИКА

Центр
планирования
семьи
и репродукции.
Кафедра
акушерства и
гинекологии
педиатрического
факультета РГМУ
им. И. М. Сеченова

СТР. 3–9

Лекарства

Средства
для лечения
урогенитальных
инфекций.
Контрацепция



СТР. 9–14



Раиса Сергеевна Ольховская – старшая акушерка Центра планирования семьи и репродукции. За долгие годы работы через ее руки прошли более 30 тысяч новорожденных.

НОВОСТИ

В Москве состоялось собрание инициативной группы по организации объединения руководителей лечебно-профилактических учреждений. Решением собрания учреждена Ассоциация «Главный врач», принят ее Устав, избрано Правление.

Основная цель Ассоциации – защита прав и интересов главных врачей и других руководителей ЛПУ, а также прав и интересов самих лечебно-профилактических учреждений. В числе ее основных задач – повышение качества предоставляемой медицинской помощи, самореализация и высокая степень социальной защищенности руководителей и персонала ЛПУ.

В течение этого года будут сформированы секции и представительства нового объединения в различных регионах страны. Информация об этой работе будет регулярно освещаться в «Информационном бюллетене» Ассоциации «Главный врач».

Заявления и пожелания относительно работы Ассоциации можно посылать по адресу: Москва, 109240, а/я 34.

* * *

В последнее время стало модно говорить о здоровом образе жизни, однако все вкладывают в это понятие разный смысл. Ученые же призывают нас начать с элементарной гигиены. Этой теме как раз и был посвящен круглый стол – первая акция Научно-просветительской кампании «Safeguard – Чистые руки». В нем приняли участие сотрудники МНИИГ им. Ф. Эрисмана, Института возрастной физиологии РАО, педагоги, писатели, журналисты. В рамках кампании специалисты «Safeguard» и ученые института им. Ф. Эрисмана, совместно с Министерством образования, планируют ввести в начальных классах средних школ образовательную программу по расширению гигиенических знаний и санитарных навыков. Она будет использована на уроках, посвященных знакомству с окружающим миром. Программа содержит дидактический материал для родителей, педагогов и игровой блок для детей. Да, у Мойдодыра появились конкуренты: по силам ли ему будут новые технологии?

* * *

Конференция «Проблемы боли и обезболивания. Ибупрофен: эффективный и хорошо переносимый препарат» прошла 2 марта в Москве в Доме Дружбы. На ней были представлены результаты первого крупномасштабного исследования, завершившегося недавно во Франции.

Сравнивалась переносимость ибупрофена (Нурофена), парацетамола и ацетилсалициловой кислоты (АСК) при кратковременной анальгезии. Исследование проводилось слепым рандомизированным методом в параллельных группах путем приема многократных доз. В нем приняли участие 8677 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, которые находились под наблюдением 1108 лечащих врачей. Результаты исследования показали, что при кратковременном (до семи дней) лечении наиболее распространенных видов боли пациенты переносят ибупрофен (Нурофен) так же хорошо, как парацетамол и значительно лучше, чем АСК.

С сообщениями на брифинге выступили академик РАМН Д. Харькевич и профессор В. Шухов и др.

* * *

Год назад компания «Органон» (Нидерланды) организовала телефонную линию «Мерсилайн», ставшую верным помощником врачей-гинекологов. Она начала работать по инициативе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН при информационной и спонсорской поддержке компании «Органон». Главной целью «Мерсилайн» является повышение уровня знаний людей о современной контрацепции. Задача операторов линии – мотивировать женщин на обращение к врачу для получения индивидуальной квалифицированной консультации. Операторы «Мерсилайн» имеют медицинское образование и прошли специальное обучение.

Каждый, кто сюда позвонит, бесплатно и анонимно получит квалифицированные ответы на любой вопрос, касающийся современной контрацепции.

Линия работает с 18 до 23 ежедневно, без выходных и праздников.

Дозвониться туда просто: 960 2999

Ольга Логинова, спец. корр.

Как сообщили в Госкомстате РФ, численность российского населения за 1999 год сократилась на 784,5 тысячи человек или на 0,5%. По состоянию на 1 января 2000 года она составила 145,5 миллиона человек.

Естественная убыль была компенсирована притоком иммигрантов лишь на 15,1%. В 1999 году в Российской Федерации родилось 1 миллион 215,8 тысяч человек. Умерло 2 миллиона 140,3 тысячи граждан. По сравнению с 1998 годом рожденных стало меньше на 67,5 тысячи или на 5,3%, а умерших – больше на 151,6 тысячи, или на 7,6%. Естественная убыль населения составила 924,5 тысячи человек.

Проблемам охраны здоровья женщин и детей, планирования семьи и репродукции посвящен этот номер газеты.



Центр планирования семьи и репродукции

Центр начал свою деятельность на базе известного москвичам 23-го родильного дома. В 1993 году специально для него было построено это шикарное здание на Севастопольском проспекте, 24-А. Руководит этим лечебным учреждением Марк Аркадьевич Курцер. С ним беседует наш корреспондент.



– Только после переезда мы поняли, что проектировщики очень многое не смогли предусмотреть, поэтому по ходу дела многое пришлось перестраивать, причем, это касалось не только стен, но и направлений научно-практической работы. Лишь после этой корректировки мы превратились в настоящий центр, где не только занимаются

цинской практикой, но и консультируют по всем вопросам патологии в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Кроме того, в связи с важностью проблемы контрацепции и планирования семьи, мы создали клиничко-диагностическое отделение, которое оказывает специалистам практических учреждений города методологическую помощь в этих вопросах. Это очень важно, ибо в Москве должно быть учреждение высокой квалификации, взявшее на себя эту функцию.

Наш Центр обслуживает жителей Москвы и, по направлению Комитета здравоохранения, Московской области: для них лечение бесплатное. Формально у нас 250 материнских и 130 детских коек, но фактически их больше. Например, места в Стационаре одного дня не входят в общее число коечного фонда. Центр организован Комитетом здравоохранения Москвы, поэтому и сам Андрей Петрович Сельцовский, и его заместители, Сергей Викторович Поляков и Иван Александрович Лешкевич, помогают оперативно решать все наши насущные проблемы. Огромное им спасибо, ибо без этой поддержки мы едва ли могли бы работать так, как работаем.

В нашем центре действуют, на мой взгляд, поистине уникальные подразделения. В их числе – лучшая в Москве лаборатория цитогенетики, мощная пренатальная диагностика с первоклассным отделением ультразвуковой диагностики. Мы владеем самыми современными и эффективными методами лечения: есть эндоскопическая хирургия и оперативная гинекология, детская реанимация и собственное отделение переливания крови, которое позволяет нам не испытывать недостатка в крови и ее компонентах.

Бесплодие (отсутствие беременности после года половой



жизни без предохранения) – серьезная проблема. У нас консультируются женщины с резус-сенсибилизацией, мы владеем методами хирургической помощи при этих состояниях. В отделении экстракорпорального оплодотворения помимо всего прочего мы лечим тяжелую форму мужского бесплодия.

И все же одна из основных задач, стоящих перед нами, особенно при резком снижении количества родов – безопасное материнство. То есть, ни с ребенком, ни с матерью ничего не должно случиться во время беременности и родов. Все женщины должны остаться живы, а процент перинатальных потерь должен быть минимальным. Представляете, сколько горя будет в семье, если вовремя не распознать у ребенка болезнь Дауна или тяжелый врожденный порок сердца?! Но достаточно сделать своевременно УЗИ, биохимический анализ крови, выявить маркеры, позволяющие заподозрить наличие врожденной патологии, произвести хорион- или плацентоцентез, определить кариотип плода и многие вопросы после этого снимаются.

Важный момент – наблюдение за состоянием плода. Когда идет инфицирование или развивается маточно-плацентарная недостаточность, есть риск антенатальной гибели плода. Своевременно проведенная доплерометрия или фетометрия дает нам возможность провести лечение или поставить вопрос о досрочном родоразрешении.



Наука и практика

Академик РАМН, профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ Галина Михайловна Савельева:

— В нашем Центре много занимаются наукой. Причем, не только сотрудники кафедры, но и врачи стационара и консультативно-поликлинического отделения. Все мы работаем сообща и называемся сотрудниками клиники. Основная база кафедры — акушерское отделение и отделение патологии беременности.

У нас концентрируются пациенты с самой разнообразной патологией, хотя мы специально профилированы по резус- и групповой сенсибилизации. Возможности получения информации о состоянии плода сегодня весьма разнообразны. Например, при резус-сенсибилизации мы широко применяем кордоцентез — введение иглы через матку в пуповину для получения анализа крови и проведения внутриутробного переливания крови. Наши специалисты А. Г. Конопляников и В. Б. Евтеев, которые получили образование в Германии, проводят это вмешательство широко и успешно.

Предмет особой гордости — применение эндоскопии в гинекологии, одна из основных научных разработок нашей клиники. Здесь трудятся люди, с которыми я сотрудничаю много лет: кандидаты медицинских наук зав. гинекологическим отделением Л. М. Каппушева и ведущие эндоскописты О. В. Азиев и А. Е. Бугеренко. Мы делаем операции самого широкого спектра, после чего пациентки имеют возможность беременеть и рожать.

Если продолжить рассказ о наших научных интересах, то это окажется — все течение беременности и охрана здоровья плода. Сейчас, когда рождаемость катастрофически падает, а здоровье женщин ухудшается, проблем у специалистов более чем достаточно. Надо проследить этапы развития ребенка едва

ли не с момента зачатия. Это не фантастика: в нашей клинике осуществляется пренатальная охрана плода с момента развития эмбриона. С помощью генетиков открыли даже соответствующую лабораторию — цитогенетическую. Оказалось, что если тщательно обследовать беременных, то уже в первые три месяца можно установить возможность развития тяжелой патологии. Так, было показано, что уже на ранних сроках видны нарушения кровотока, приводящие в последствии к развитию гестозов (токсикозов), гипотрофии плода, к преждевременным родам. А если это диагностировано на ранних сроках, то можно и профилактику проводить, и лечение.

Очень много внимания мы уделяем улучшению ведения родов, ведь от их течения во многом зависит последующая жизнь человека. Поэтому по так называемой интранатальной охране здоровья ребенка также проводится целый ряд научных разработок. В частности, исследуется планомерность в назначении различных средств, активизирующих роды. Здесь надо по-новому расставить многие акценты. Этой работой занимается главный врач Центра, М. А. Курцер, который принимает большое участие не только в организации самой службы, но и, будучи кандидатом медицинских наук, проводит научные изыскания в области различных позиций ведения родов. Одна из них — лечение нарушений сократительной функции матки, вторая — обезболивание родов. Сейчас для этого широко используется перидуральная анестезия, которую получает примерно одна треть всех наших пациентов. Анестезия нужна не только для того, чтобы обезболить роды, но и сделать их менее травматичными для плода, особенно при преждевременных родах.

Отделение реанимации новорожденных, которое создано по инициативе Марка Аркадьевича и при моем участии, прекрасно оснащено всевозможной аппаратурой, имеет опытные и квалифицированные кадры неонатологов-реаниматологов. Пока его не



было, мы теряли детей, и все претензии были к неонатологам. Сейчас же совершенно ясно: все недоношенные дети нуждаются именно в специализированной помощи. Из городских роддомов такие дети довольно быстро переводятся в специализированные отделения для выхаживания. Однако наши исследования показали, что с этим нельзя спешить: детей надо переводить не раньше, чем через неделю после рождения.

Наша научная работа воплощается в достаточно большое количество диссертаций: 156 кандидатских и 33 докторских диссертаций — таков ее формальный итог. Недавно написан учебник с участием наших сотрудников. Но ведь научная работа проводится не только для диссертаций. Вот главный показатель — перинатальная смертность. Он у нас гораздо ниже, чем в среднем по Москве. В прошлом году была цифра — 1,8 промилле. Для Центра, где концентрируется такая тяжелая патология, это очень низкий показатель! Обычно же он у нас составляет 4 с небольшим промилле, в целом по Москве он в три раза выше, а по России — 14,8 промилле.



Совсем избежать потерь невозможно. Здоровье женщин ухудшается, что зависит от многофакторных причин – здесь и экология, и психологические стрессы, и социальные факторы, в частности, ухудшение питания. Ведь гестозы – так правильно называются токсикозы – чаще всего развиваются у женщин из бедных слоев населения, которые питаются в основном углеводами, без овощей, фруктов и витаминов. Очень много сейчас и молодых женщин-гипертоников, нарастает число москвичек с анемией и заболеваниями почек. Беременность

стала протекать тяжелее, а женские консультации по прежнему неохотно госпитализируют женщин в родовые отделения. Надо сказать, не всегда эта госпитализация зависит только от врача. Пациентки отбиваются от стационара изо всех последних сил, а ложатся тогда, когда дело совсем уж плохо. Вот недавно поступает на роды, срок 39 недель, женщина с двойней, у которой оба ребенка с массой более трех килограммов, да еще плюс многоводие. И это в Москве! Даже студентам должно быть известно, что такая женщина должна рожать

при сроке 36–37 недель. И это все результат нашего российского менталитета – чего идти в больницу, если ничего не болит.

Основная беда столичных женских консультаций – поздняя оценка состояния беременной, которую можно и нужно госпитализировать в специализированное учреждение. Нам же приходится исправлять ошибки, допущенные на всех этапах. В прошлом году мы провели 5400 родов – больше, чем любой другой родильный дом Москвы.



Планирование семьи

На фоне снижения рождаемости, из-за недостаточного использования средств контрацепции, остается высоким уровень аборт. Прерывают беременность женщины преимущественно в наиболее продуктивном возрасте – 20–34 года. Последствиями перенесенных абортов являются хронические воспалительные заболевания, бесплодие, осложнения в родах, невынашивание беременности, нарушение менструальной функции и др. Особую тревогу вызывают высокая частота материнской смертности от абортов, а также число прерываний беременности по медицинским показаниям.

Наш отдел действует по нескольким направлениям. Прежде всего, это организационно-методическая работа по координации деятельности службы планирования семьи (ПС) города и анализ демографической ситуации. В Москве сегодня функционируют девять окружных Центров ПС, кабинеты контрацепции открыты в женских консультациях.

В нашу задачу входит также повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по актуальным вопросам ПС и охране репродуктивного здоровья (постоянно действуют семинары-тренинги).

Особо следует отметить научно-исследовательскую работу. Сотрудники отдела ПС и кафедры акушерства и гинекологии РГМУ, под руководством академика Г. М. Савельевой, проводят исследования по изучению эпидемиологии абортов, распространенности контрацепции, особенностям контрацептивного поведения населения, влиянию различных методов контрацепции на состояние гормонально-зависимых органов женщин, особенности контрацепции после родов. По данным этих исследований опубликованы три информационных письма, пять научных статей в медицинском журнале.

Мы можем помочь людям по широкому кругу проблем, например, провести добровольное консультирование, в т. ч. медико-генетическое, выявить и своевременно скорректировать нарушение функций репродуктивной системы во всех возрастных периодах, включая патологии климактерического периода. Кроме того, у нас проводится реабилитация после осложненных родов, абортов, гинекологических операций. И все же главным в нашей работе мы считаем профилактику.

Заведующая отделением – Татьяна Алексеевна Лобова:

– Наше отделение было открыто пять лет назад. Его создание было обусловлено сложнейшей демографической ситуацией. В последние годы Москва превращается в город пожилых людей: число родившихся не восполняет естественной убыли жителей города.





Заведующая отделением – Валентина Анатольевна Гнетецкая:

– Наше отделение достаточно молодое, поток больных начал расти в течение последних трех лет, когда мы активно занялись инвазивной диагностикой. Показания для наших консультаций достаточно широкие. Прежде всего это семейные пары, у которых в анамнезе были проблемы с вынашиванием, бесплодие; пациенты, у которых рождались дети с пороками развития или с хромосомной патологией (болезнь Дауна или другие трисомии). 80% выкидышей на ранних сроках связаны с наличием аберраций у эмбриона. Исследуя кариотип супружеских пар, мы

Пренатальная диагностика

исключаем в нем наличие структурных перестроек, которые могут приводить к вышечисленным нарушениям. По данным разных авторов наличие таких перестроек можно найти у 1–3% людей в популяции. В 30–40% случаев врожденные пороки могут быть вызваны именно нарушениями кариотипа.

Мы проводим полный комплекс пренатального обследования, включающий и ультразвуковое, которое нужно проводить начиная с первого триместра – в 10–12 недель, в 22–23 недели и в 30 недель. Это необходимо для выявления врожденных пороков и ультразвуковых маркеров хромосомной патологии. Определяем уровень сывороточных маркеров – альфа-фето-протеин, хорионический гонадотропин (в 16–20 недель), обследуем на наличие внутриутробной инфекции (цитомегаловирус, краснуха, герпес), используем весь комплекс пренатальных инвазивных процедур, включая биопсию хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез.

Только комплексное обследование беременных позволяет исключить патологию, ибо для любой молодой супружеской пары существует риск родить ребенка с отклонениями, который составляет около 5%. Обо всех результатах обследований мы рассказываем родителям – решение принимают они сами. Некоторые не прерывают беременность, даже зная, что у ребенка есть патология.

Пройдя весь этот комплекс обследования, можно выявить большую часть врожденной патологии, но не всю. К сожалению, пороки сердца выявляются только в 40% случаев, ряд наследственных биохимических дефектов не поддаются пренатальной диагностике. Последние можно диагностировать только прицельно, если ребенок с такой патологией в семье уже родился.

Из внутриутробных инфекций самой страшной является краснуха. Генитальный герпес опасен, если это острая инфекция и возникла она во время первого триместра беременности – тогда возникает угроза для плода. Впрочем, людей с таким заболеванием очень мало, и именно поэтому вокруг проблемы герпеса существуют самые разные мнения.

К развитию патологии плода может привести и употребление различных лекарственных средств на ранних сроках беременности. Например, мы знаем, что у каждого антибиотика есть свой «круг влияния» на возникновение тех или иных отклонений в развитии плода в зависимости от срока применения. Поэтому основная наша задача – предотвратить рождение детей с врожденными пороками и наследственными заболеваниями. В этом успешно нам помогают сотрудники цитогенетической лаборатории.

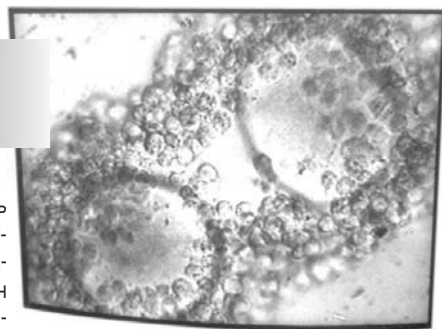
ЭКО – «дети в пробирке»

Заведующая отделением – А. С. Калугина. Рассказывает К. В. Краснопольская – старший научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии РГМУ:

– То, чем мы занимаемся, в просторечье называется «дети в пробирке». Первому такому ребенку, который появился с помощью этого метода в Англии, уже больше двадцати лет. Малыш, первый в России, родился в Цен-

тре матери и ребенка 14 лет назад.

Раньше, когда у женщины повторялись внематочные беременности, ей удаляли трубы и возможность иметь ребенка исключалась полностью. Для них и был изобретен метод оплодотворения вне организма: пробирка заменила маточные трубы – место встречи сперматозоида и яйцеклетки. Если быть точным, яйцеклетка оплодотворяется не в



пробирках, а в чашечках Петри. Это простой способ, а есть бо-



лее сложные, например, интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку: это когда вводится один-единственный сперматозоид. Кстати, можно оплодотворить и неподвижным сперматозоидом, главное, чтобы он нес генетический материал.

Клетки – яйцеклетку и сперматозоид – перед «встречей» мы обрабатываем, помещая в специальную среду. Полученный в пробирке эмбрион на 2–5-й день переносят в полость матки. Вводится он через специальный катетер, этот процесс безболезненный, занимает всего 5–7 минут. Помощь анестезиолога нужна только на этапе забора яйцеклетки, которую получают при пункции.

Имплантация происходит естественным путем. На 6–7 день после внесения эмбриона в полость матки, возникает то, что называется плодным яйцом, которое наши врачи

видят при УЗИ. Собственно, это и является подтверждением факта беременности.

Со временем показания для экстракорпорального оплодотворения стали расширяться. Например, во всем мире происходит снижение фертильности спермы, значит, появились показания уже со стороны мужа. Если сперматозоидов в эякуляте мало, то используется методика по внедрению единственного сперматозоида в яйцеклетку. В настоящее время освоены методики криоконсервации спермы и эмбрионов.

Наше отделение работает уже четыре года. Частота наступления беременности при ЭКО составляет в среднем 25% на попытку. Индивидуально этот процент колеблется от 6 до 50%, что не отличается и от мировых показателей. Это не очень мало, поскольку количество попыток может быть большим. Правда, лечение это не дешево,

так как препараты, которые мы используем для ЭКО, стоят очень дорого. Все лечение проходит амбулаторно.

Какие же пациенты к нам приходят? Это больные аденомиозом, эндометриозом, с отсутствием труб или одного из яичников, эндокринными нарушениями, с поликистозом яичников, миомой матки, женщины в возрасте старше 35 лет и т. д. Я уже говорила, что ЭКО показано и при наличии плохой спермы у мужа. Очень много женщин в пременопаузе, у которых не вырабатываются собственные яйцеклетки. Зачем им это надо? Иногда в семье происходят различные трагедии – гибель единственного взрослого ребенка, например, и женщина решает на беременность в возрасте после 40 лет.

Противопоказаний для ЭКО практически нет, но в каждом конкретном случае вопрос решается индивидуально.



Заведующая отделением – Мария Владимировна Лукашина:

– Ежегодно в наше отделение поступает более двух тысяч беременных с различной патологией. Это и гестозы, и угрозы прерывания, и резус-сенсibilизация – любые осложнения, связанные с беременностью. У всех женщин мы проводим необходимые исследования: ультразвуковую диагностику, кардио-мониторинг плода, хирургическую коррекцию при истмико-цервикальной

Отделение патологии беременных

недостаточности. Более сложные процедуры требуются при резус-сенсibilизации: кордоцентез, амниоцентез, а в наиболее тяжелых случаях – внутриутробное переливание крови. Пациентки с этой патологией наблюдаются сначала в клинко-диагностическом отделении Центра, а потом непосредственно у нас, в стационаре.

Точно также мы подходим не только к резус-несовместимости, но и к конфликтам по системе АВО. Что это такое? Если у женщины первая группа крови, а у мужа вторая или третья, то может быть конфликт по групповой несовместимости. Антитела могут появиться даже при первой беременности.

Любая женщина, имеющая первую группу крови, даже без антител, может прийти к нам на консультацию, желательно с мужем, чтобы мы точно определили его группу крови. Мы ей расскажем, как себя вести и чего опасаться. А если антитела обнаружены, то мы просто обязаны взять ее под наблюдение. Надо сказать, что конфликт

по АВО протекает гораздо легче резус-конфликта, режим наблюдения здесь более щадящий и рожают такие женщины обычно в срок. Но наблюдаться они должны все равно: прийти к нам хотя бы один раз.

Каковы показания для внутриутробного переливания крови? Прежде всего, это данные анамнеза и УЗИ, а также те изменения крови ребенка, которые определены при диагностическом кордоцентезе (внутриутробное взятие крови из пуповины): гемоглобин, гематокрит, оптическая плотность билирубина. Если подтверждено развитие гемолитической болезни плода – производят внутриутробное переливание крови.

Женщины должны знать: к резус-сенсibilизации приводят не только роды, но и аборт, даже мини-аборт. Поэтому после родов, аборта должен обязательно вводиться антирезус-гамма-глобулин. Хочу заострить на этом внимание – обязательно! Мы его вводим сразу после родов, хотя возможно введение и через 48–72 часа. Тогда в дальнейшем многих проблем можно будет избежать.



Отделение эндоскопической гинекологии

Олег Владимирович Азиев, к. м. н., врач высшей категории:

– В настоящее время лапароскопический доступ становится основным для выполнения хирургических вмешательств в гинекологии. Это связано с несомненными преимуществами лапароскопии в сравнении с традиционной лапаротомией: отсутствие выраженной операционной травмы, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и времени их нетрудоспособности, отсутствие спаечного процесса и др.

Сегодня мы имеем достаточный опыт для успешного и безопасного проведения практически любых гинекологических операций путем оперативной лапароскопии. Все хирурги нашего отделения имеют ученую степень и врачебные категории, неоднократно стажировались в зарубежных странах.

В прошлом году в отделении было произведено более 700 лапароскопий. Помимо операций на придатках матки, у 149 женщин была выполнена лапароскопическая гистерэктомия, а у 78 – консервативная миомэктомия. Широко и радикально мы оперируем распространенные формы генитального эндометриоза, нередко с диссекцией мочеточников и прямой кишки. При иссечении эндометриoidных инфильтратов с прорастанием в прямую кишку и вскрытии ее просвета восстановление дефектов производится лапароскопическим

досу-

пом. В последнее время в нашем отделении стали выполняться вмешательства по поводу пролапса гениталий и стрессового недержания мочи (сакропексия, устранение паравагинальных дефектов, позадилонная кольполексия). Сегодня в нашей клинике количество и характер перенесенных в прошлом хирургических операций не является ограничением или противопоказанием для лапароскопии. Осенью прошлого года наше отделение получило второй комплект лапароскопического оборудования, в связи с этим мы



планируем, что в 2000 году число этих операций увеличится почти вдвое.

Наряду с практической деятельностью в клинике постоянно проводится подготовка и обучение специалистов по гистероскопии и лапароскопии. Вот уже пять лет мы сотрудничаем с одной из лучших в мире – французской эндоскопической школой, возглавляемой профессором М. А. Бруа. С помощью зарубежных коллег в нашем учреждении организован и успешно работает тренинг-центр, в котором за прошедшие пять лет прошли обуче-



ние около 200 докторов из различных регионов России и СНГ. Ежегодно в нашем Центре проводятся российско-французские научно-практические конференции, посвященные наиболее актуальным вопросам эндоскопической хирургии в гинекологии. В их работе принимают участие ведущие хирурги из России и Франции. Во время таких семинаров, наряду с лекциями, демон-

страцией видеофильмов, проводится «живая» трансляция эндоскопических операций.

В октябре этого года в Париже состоится 9-й Европейский конгресс по гинекологической эндоскопии. Во время него из девяти лучших клиник США и Европы будет проводиться прямая трансляция лапароскопических операций. Наш Центр вошел в их число, это, с одной стороны, большая честь, а с другой – признание того, что наша работа соответствует самому современному уровню хирургии.





Счастливый несчастный случай

Завершая путешествие по Центру, нашему корреспонденту удалось побеседовать с молодой женщиной – мамой, которая попала сюда после домашних родов, настрадавшись и едва не потеряв ребенка. Септическое состояние, температура под 40 – вот цена этого «эксперимента». Женщину зовут Светлана, она врач-невропатолог, год назад окончила РГМУ.

– Света, как протекало наблюдение за вами в женской консультации?

В свою консультацию я пошла со сроком беременности 17 недель. Было лето, и мой врач находилась в отпуске. До этого я по своей инициативе сделала УЗИ и убедилась, что все в порядке. Мое общение с консультацией было достаточно рутинным – ходила, измеряла окружность живота, артериальное давление, сдавала анализы. Учитывая мою медицинскую специальность, со мной особо не разговаривали. Да и о чем, казалось бы, разговаривать с человеком, освоившим учебник по акушерству?

Гораздо больше нового для себя я узнала в школе для родителей «Драгоценность». Таких школ много по Москве, я ходила в ту, что около метро «Авиамоторная». Мы плавали в бассейне, занимались гимнастикой, слушали лекции – готовились к домашним

родам. Нас было несколько групп, которыми руководили акушерки, имевшие опыт домашних родов в воду или родов в море. Как я понимаю, в основе всего этого лежат идеи Чарковского. Идеи сами по себе неплохие, но не проработанные. Кстати, с нами занимались и другие специалисты – врач-гинеколог, врач-гомеопат, педиатр-аллерголог, учителя по йоге. Они читали лекции о современных взглядах на физиологию, проблемы беременности, родов, рационального питания, грудного вскармливания. Я многое для себя почерпнула, особенно заинтересовала идея домашних родов. В «Драгоценности» никого не заставляли рожать дома, просто показывали преимущества этого метода. В результате на домашние роды шли примерно 40% будущих мам, остальные рожали в роддомах. Весь курс занятий – лекции, бассейн, обслуживание родов на дому – стоил сравнительно недорого – примерно \$200, причем, действовала и система гибких скидок.

– И что же произошло дальше?

– На 35-й неделе беременности, в женской консультации мне сделали УЗИ и обнаружили тазовое предлежание плода, подозрение на обвитие пуповины и сказали, что у меня мало вод. Врач особо не беспокоилась, сказала, что если за две недели ребенок не повернется, то мне целесообразно лечь на роды за неделю раньше срока. Но все решилось иначе.

Через полторы недели начали подтекать воды, появились предвестники родовой деятельности. Я делала перед этим гимнастику, но ребенок так и не изменил положения.

Появились схватки, болезненные, но не очень активные, не регулярные. Я решила посоветоваться с женщиной-акушеркой, с которой общалась в школе. После осмотра она подтвердила ягодичное предлежание.

– И вы все же решились рожать дома?

– Да, приготовили ванну, решили – если что будет не так, то поедем в Центр.

Меня подвело то, что мне действительно хотелось рожать дома, считала, что ребенок адаптируется лучше, родившись в воду. Кроме того, рядом отец, который принимает во всем участие и с первого момента жизни ребенка знакомится с ним. Акушерка тоже была с нами. Прошли уже почти сутки, но, несмотря на почти полное открытие, у меня была слабость родовых сил, ребенок практически не спускался. Встал вопрос: нужно ли дальше тянуть? Решение принял муж, он сказал: «Поехали!»

В машине схватки стали частыми, при бытии мне сделали инъекцию, и через час я родила сама, по самой обычной схеме. Пуповину, конечно же, сразу перевязали, папу, конечно же не пустили – все как обычно

Наш корр. Я не хотела бы этим интервью ставить точку в вопросе о домашних родах и деятельности школ для родителей. В конце концов, они заполняют вакуум, образовавшийся в результате формального отношения женских консультаций к своему делу. Роды в воду имеют много сторонников, хотя вопрос, действительно, не проработан во всех деталях. Важно напомнить о другом – роды, при всей их физиологичности, вещь непредсказуемая, они легко уходят в сторону патологии. Правильно ли, что в школах, подобных «Драгоценности», нет врача? Всегда ли акушерка может правильно оценить ситуацию и вовремя передать женщину на более квалифицированный этап оказания медицинской помощи? Кто, в конечном итоге, несет это ответственность?

На эти вопросы пока никто не пытается ответить. А надо бы.

Материалы из Центра планирования семьи и репродукции подготовила Т. Нефедова. Фото В. Афанасьева



ВИЛЬПРАФЕН – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

И. Б. Манухин, кафедра акушерства и гинекологии МГМСИ, М. Г. Пашинян, кафедра кожных и венерических болезней РГМУ

По различным статистическим данным 30–50% заболеваний, передающихся половым путем, составляют хламидийные инфекции, причем, частота встречаемости данной инфекции во многих странах превосходит гонорею. Особенность хламидийной инфекции заключается в том, что, примерно в 50% случаев у мужчин и в 75% у женщин она протекает бессимптомно. Хламидии – облигатные внутриклеточные паразиты, обладающие тропностью к цилиндрическому эпителию. Однако, как показали недавние исследования, хламидии могут поражать и многослойный плоский эпителий. Этот факт заслуживает особого внимания, так как он свидетельствует о возможности поражения органов, покрытых плоским эпителием. Хламидии могут быть обнаружены в очагах поражения прямой и даже сигмовидной кишки. Кроме того, в последнее время у больных урогенитальными инфекциями, и в том числе хламидиозом, выявлены закономерные нарушения кишечного экобиоценоза. При осложнении хламидийной инфекции могут развиваться конъюнктивит, эндометрит, сальпингит и др. Частыми осложнениями у женщин могут быть внематочная беременность, бесплодие, невынашивание беременности (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность), инфицирование плода.

Антибиотики, применяемые при лечении хламидиоза весьма многочисленны. Длительное время основными средствами являлись препараты тетрациклинового ряда. Однако они требуют довольно длительного приема, что повышает риск появления тяжелых побочных действий. Кроме того, тетрациклины противопоказаны при беременности. После применения хинолоновых антибиотиков, таких как Таривид, Максаквин, часты рецидивы. *In vitro* в отношении хламидии эффективно большинство антибиотиков, однако из-за того, что хламидии являются внутриклеточными патогенами, *in vivo* эффективны только те антибиотики, которые способны накапливаться в клетках в высоких концентрациях. Все это привело к необходимости лечить хламидийную инфекцию антибиотиками-макролидами. Данные антибиотики рассматриваются как достаточно безопасные для применения во время беременности и кормления. Однако, при применении антибиотиков-макролидов первого, но не второго поколения, в экспериментах на животных было отмечено

незначительное увеличение частоты встречаемости аномалий развития сердечно-сосудистой системы и преждевременного прекращения беременности.

Безопасность применения макролидов определяется особенностями метаболизма этих препаратов: при окислении цитохромом P-450 снижается их липофильность. А именно липофильные соединения более легко фильтруются в материнское молоко, проходят через плацентарный барьер, поэтому препараты, неметаболизирующиеся цитохромом P-450, небезопасны для применения во время беременности и кормления.

Таким образом, исходя из особенностей метаболизма антибиотиков-макролидов, можно сделать вывод, что такие препараты как Вильпрафен (джозамицин) и другие, могут быть потенциальными препаратами для использования во время беременности и кормления грудью. Именно поэтому большинство исследователей уделили внимание Вильпрафену – антибиотику-макролиду второй генерации.

Вильпрафен активен против широкого спектра различных микроорганизмов и, в том числе, против хламидий. Именно широкий спектр терапевтической активности препарата представляет его весьма перспективным для лечения хламидиоза, поскольку хламидийная инфекция зачастую входит в состав микробных ассоциаций, паразитирующих в урогенитальном тракте. Вильпрафен превосходит Эритромицин по фармакокинетике. Препарат более стабилен в желудочном соке, быстро всасывается после перорального применения, о чем свидетельствует высокая концентрация в плазме – ее максимум достигается через 1 час. Характерным для фармакокинетики Вильпрафена является быстрое его распределение во внесосудистом пространстве, благодаря высокой липофильности. Препарат обладает высокой способностью накапливаться в фагоцитах, что приводит к модулированию их иммунной функции.

По сравнению с другими антибиотиками-макролидами, Вильпрафен имеет наиболее благоприятный профиль безопасности. Частота встречаемости побочных эффектов не превышает 4%. Менее выражены, чем у других макролидов, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Препарат не обладает гепато- и нефротоксичностью вплоть до дозировок 3000 мг/кг/день, т. е.

существенно превышающих максимальную терапевтическую дозировку препарата.

Эффективность Вильпрафена в отношении хламидийной инфекции была подтверждена клинически. Показано, что его назначение в дозе по 500 мг 2 раза в день *per os* в течение 12–14 дней обеспечивает более чем 93% микробиологическое выздоровление и примерно 100% клиническое выздоровление и у мужчин, и у женщин вне и во время беременности. При этом инфицирования плода не происходит. Кроме того, в специальных дополнительных исследованиях показана абсолютная безопасность препарата для плода и отсутствие влияния на его развитие.

Совокупность полученных данных позволяет считать Вильпрафен базовым препаратом для лечения хламидийных инфекций. Под нашим наблюдением находились 45 пациентов (15 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 19 до 55 лет. Причем, у 20 женщин сроки беременности составляли от 18 до 35 недель. Диагностика осуществлялась с использованием реакции прямой иммунофлюоресценции, полимеразной цепной реакции, а также при помощи изоляции возбудителя на культуре клеток. Контроль излечимости проводился не ранее чем через 10 дней после окончания терапии путем культурального исследования.

У 35 (78%) пациентов хламидиоз сочетался с урогенитальными инфекциями. У 25 (71,4%) выявлены трихомонады, у 10 – уреоплазма (28,6%). При первичном осмотре жалобы на выделение из уретры, боли, рези, жжение при мочеиспускании, а также чувство дискомфорта предъявляли 18 больных (40%), 8 больных лечились безуспешно Эритромицином, Сумамедом, Рулидом.

Всем больным проводилась монотерапия Вильпрафеном. Он назначался по 500 мг 2 раза в сутки в течении 12 дней. Препарат переносился хорошо. Побочных явлений отмечено не было. В качестве корректирующей терапии все больные получали низостатин по 1 млн ЕД 2 раза в день.

Из 45 больных, наблюдавшихся нами, излечение было достигнуто у 43 (95,5%).

Таким образом, проведенное исследование показало, что Вильпрафен является высокоэффективным и безопасным препаратом при лечении урогенитального хламидиоза и его можно рекомендовать к широкому применению в акушерско-гинекологической и венерологической практике.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

профессор А. А. Кубанова, ЦНИКВИ МЗ РФ

Жалобы женщин на заболевания влагалища – выделения, зуд, раздражение и неприятный запах – являются чрезвычайно распространенными и входят в число наиболее частых причин по которым они обращаются к врачам. Особое место среди инфекционных воспалительных заболеваний влагалища занимает бактериальный вагиноз.

Бактериальный вагиноз (БВ) – это заболевание, возникающее в результате резкого дисбаланса вагинальной флоры, вызванного чрезмерным развитием анаэробов. Оно характеризуется присутствием микроорганизмов *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp* и других анаэробов и недостаточным количеством лактобацилл без объективных признаков деструктивных изменений субэпителиальных тканей стенки влагалища. В связи с этим для лечения заболевания представляется перспективным использование новых препаратов местного действия.

Целью клинического исследования, проведенного в ЦНИКВИ МЗ РФ, было изучение терапевтической эффективности и переносимости вагинального геля Метрогил, производимого компанией «Юник Фармасьютикал Лабораториз».

В процессе работы были обследованы и прошли назначенный курс лечения 50 женщин, которые отбирались методом произвольной выборки при поступлении на амбулаторное лечение в ЦНИКВИ МЗ РФ. Показанием для назначения геля Метрогил являлся установленный клинический диагноз: бактериальный вагиноз и бактериальный вагинит. Из исследования исключались больные с заболеваниями, передаваемыми половым путем (гонорея, хламидиоз, уреоплазмоз, трихомониаз), с тяжелыми заболеваниями ЦНС, печени, крови и беременные. Клинические исследования проводились три раза: до начала курса лечения, сразу после окончания, через месяц после окончания курса. Бактериальный вагиноз, подтвержденный лабораторными исследованиями, был диагностирован у 40 женщин в возрасте от 18 до 39 лет.

У всех женщин были жалобы на обильные выделения с неприятным запахом, значительный зуд в области половых органов. По клиническим признакам женщин разделили на две группы, в которых отметили зависимость течения клинических симптомов от микробных ассоциаций. В 1-й груп-

пе пациенток, с неярко выраженными клиническими симптомами, отмечалось наличие грамположительных кокков и гарднерелл. Во 2-й группе пациенток, с ярко выраженными клиническими проявлениями: обильными пенистыми выделениями, сильным рыбным запахом, присутствовала практически вся гамма анаэробов.

Лечение проводили по следующей схеме. Одна туба (30 г) содержит 300 мг метронидазола. Женщинам назначалось по 5 г (один полный аппликатор) дважды в день (утром и вечером). Наполненный аппликатор вводился, лежа на спине с согнутыми коленями, во влагалище как можно глубже. После нажатия на плунжер до упора, пустой аппликатор вынимался из влагалища. После использования плунжер и корпус аппликатора промывались в теплой мыльной воде и тщательно прополаскивались. После чего аппликатор снова был готов к использованию. Курс лечения продолжался пять дней. Во время лечения избегались половые сношения.

По окончании курса лечения все 40 женщин были обследованы бактериоскопически и бактериологически. У всех женщин гарднерелла и мобилункус обнаружены не были, но выделения в небольшом количестве сохранялись и содержали эпителий, палочковую и кокковую флору в значительно меньшем количестве, чем до лечения. При осмотре отмечено значительное снижение воспалительного процесса, уменьшение выделений и исчезновение зуда в области гениталий.

При первом контрольном обследовании 90% лечившихся заметило значительное улучшение по сравнению с состоянием до лечения, небольшое улучшение состояния заметило 10% женщин.

При втором обследовании о явном улучшении состояния и о полном исчезновении признаков болезни, наступившем после лечения, заявило 95% женщин. У остальных наступило незначительное улучшение. При бактериологическом исследовании у 2-х (5%) женщин были высеяны анаэробы и аэробы, а также были обнаружены гарднереллы. Таким образом, этиологическое излечение наступило у 38 (98%) женщин. Побочных реакций не наблюдалось, переносимость была хорошей.

Оценивая применение вагинального геля Метрогил, можно сделать вывод, что испытываемый препарат отличается высокой эф-

фективностью при бактериальном вагинозе и бактериальном вульвовагините. Он обладает высокой активностью в отношении анаэробных бактерий (бактероиды, фузобактерии, клостридии, анаэробные кокки) и простейших (*Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba spp*, лямблии). Активен против большинства штаммов микроорганизмов, вызывающих бактериальный вагиноз: *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp.*, *Mobiluncus spp*, *Peptostreptococcus spp*. К метронидазолу не чувствительны аэробные микроорганизмы.

Механизм действия Метрогила вагинального геля заключается в биохимическом восстановлении 5-нитрогруппы метронидазола внутриклеточными транспортными протеинами анаэробных микроорганизмов и простейших. Восстановленная 5-нитрогруппа метронидазола взаимодействует с ДНК клетки микроорганизмов, ингибируя синтез их нуклеиновых кислот, что ведет к гибели бактерий.

Относительная биодоступность вагинального геля в два раза выше биодоступности одноразовой дозы (500 мг) влагалищных таблеток метронидазола, что обусловлено высокой проникающей способностью препарата во влагалищной жидкости. Поэтому терапевтический эффект вагинального геля достигается уже при низких концентрациях метронидазола. Меньшие дозы вагинального геля ведут к более низким концентрациям метронидазола в сыворотке крови, что приводит к незначительному числу побочных эффектов во время курса лечения.

Использование Метрогила в этой удобной лекарственной форме позволит расширить арсенал имеющихся средств, применяемых для лечения бактериального вагиноза.

Более подробную информацию о препаратах фирмы «Юник Фармасьютикал Лабораториз» можно получить в московском Представительстве: 123242, г. Москва, ул. Садовая Кудринская 3, тел.: (095) 2547902, 2547579, факс: (095) 254 8382; E-mail: unique@dol.ru



ЛОГЕСТ – ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Н. Л. Шимановский, член-корреспондент РАМН, профессор кафедры молекулярной фармакологии и радиобиологии РГМУ МЗ РФ

Начиная с 1960 г, когда началось использование оральных комбинированных контрацептивных средств, накоплен достаточно большой клинический опыт, свидетельствующий о том, что идеальный препарат должен сочетать в себе надежность, хороший контроль менструального цикла и низкий риск возможных побочных эффектов. К сожалению, в связи с индивидуальными особенностями женщин, ни один препарат не может обеспечить выполнения этих требований, поэтому спектр оральных контрацептивов постоянно расширяется. Однако, общепризнано, что для большинства женщин с нормальным гормональным фоном наиболее оптимально использование препаратов, содержащих минимальные дозы гормональных составляющих. Именно такой препарат, под названием **Логест**, недавно появился в России.

В состав монофазного комбинированного гормонального препарата Логест входит самый распространенный эстроген – этинилэстрадиол в минимально эффективной дозе – 20 мкг и гестаген со 100% биодоступностью и отличными фармакологическими характеристиками – гестоден (успешно зарекомендовал себя в таких популярных контрацептивных средствах как Фемоден и Милване) также в очень низкой дозе – 75 мкг (она в 2–3 раза ниже, чем доза других гестагенов третьего поколения дезогестрела или норгестимата, входящих в состав контрацептивных средств).

При сравнении с другими прогестагенами 3-го поколения гестоден по своей химической структуре и активности наиболее близок к натуральному прогестерону. Он характеризуется большей прогестагенной активностью и подавляет овуляцию в меньшей дозе, чем дезогестрел и норгестимат. Кроме того, гестоден обладает выраженными антиэстрогенными свойствами и способен нейтрализовать нежелательные метаболические эффекты эстрогенов, а также определенной антиминералокортикоидной активностью, что способствует уменьшению накопления жидкости в организме и нормализации массы тела. Главной характерной чертой гестодена является его 100% биодоступность, так как, в отличие от дезогестрела и норгестимата, у него нет необходимости превращаться в активные метаболиты. Эти особенности фармакологических свойств гестодена обеспечивают более постоянную концентрацию его в крови, при этом снижая возможный риск превышения оптимальной или, наоборот, недостаточной дозировки препарата у женщин с различной скоростью обменных процессов в организме. Только стабильный уровень препарата в крови может обеспечить хороший контроль менструального цикла!

Контрацептивная надежность

Результаты клинических исследований, а также данные, полученные при изучении активности яичников и эффективности подавления овуляции, показали, что препарат, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола в комбинации с 75 мкг гестодена, является надежным оральным контрацептивом, обеспечивающим надежное предохранение от беременности в различных возрастных группах.

Контроль менструального цикла

Для повышения соблюдения режима приема оральных контрацептивов и снижения числа отказов от дальнейшего их использования, очень важным является способность препарата обеспечивать хороший контроль менструального цикла, особенно, низкую частоту межменструальных кровянистых выделений.

Несмотря на снижение дозы этинилэстрадиола и благодаря входящему в состав Логеста гестодену, применение этого препарата характеризуется низкой частотой «мажущих» кровянистых выделений и прорывных кровотечений, которая снижается в течение первых циклов приема препарата. Кроме того, применение Логеста оказывает значительное положительное влияние на частоту и выраженность проявлений дисменореи, которая является распространенным симптомом, и в постпубертатный период отмечается у 50% женщин, особенно у подростков.

Переносимость

Несоблюдение режима приема препарата и отказ женщины от его дальнейшего применения являются значительной проблемой, так как приводят к возникновению большого числа нежелательных беременностей. В результате исследования, проведенного в Европейских странах, которое включало 6676 женщин, было выявлено, что у 32% женщин с незапланированной беременностью она возникла вследствие прекращения использования оральных контрацептивов. Проведенный опрос показал, что существует множество причин для прекращения приема оральных контрацептивов, включая нежелательные побочные эффекты, при этом в большинстве случаев женщины не консультировались с врачом перед принятием этого решения. Таким образом, переносимость орального контрацептива является очень важным показателем. Правильный подбор препарата предупреждает появление нежелательных побочных эффектов и позволяет обеспечить соблюдение режима его приема, а значит, избежать необоснованного отказа от его использования.

Изучение побочных реакций при использовании Логеста показало его хорошую переносимость как в работе, где назначался только этот препарат, так и в сравнительном ис-

следовании, где использовался также оральный контрацептив, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела.

При изучении Логеста, содержащего гестоден, частота побочных реакций была низкой на протяжении 3-х лет наблюдения и, кроме жалоб на головную боль, ни один из симптомов не отмечался более чем у 10% женщин.

Изменение в массе тела

Прибавка массы тела является наиболее частой причиной отказа от приема оральных контрацептивов, особенно среди молодых женщин, которые придают большое значение внешнему виду. Распространено мнение, что применение оральных контрацептивов вызывает увеличение массы тела и некоторые женщины неохотно соглашались их применять, когда впервые перед ними встала проблема предохранения от беременности. Поэтому очень важно перед назначением орального контрацептива обсудить с женщиной этот вопрос и подобрать препарат, который не оказывает значительного влияния на этот показатель.

Опыт клинического использования Логеста свидетельствует о том, что он практически не влияет на массу тела, такие результаты были получены при проведении долгосрочного исследования (36 циклов), когда можно было ожидать «естественного» повышения массы тела к концу периода наблюдения, но у 66% женщин масса тела оставалась стабильной или даже отмечалось ее снижение по сравнению с исходной.

Логест характеризуется высокой контрацептивной эффективностью и при соблюдении режима приема во всех случаях предохраняет от возникновения нежелательной беременности. Логест оказывает благоприятное воздействие на характер менструального цикла: увеличивает число циклов с нормальной продолжительностью (3–5 дней), уменьшает интенсивность менструальноподобных выделений, обеспечивает хороший контроль менструального цикла а и практически не влияет на массу тела у большинства женщин.

Метаболические влияния

Установлено, что снижение доз стероидных гормонов в оральных контрацептивах позволяет минимизировать риск развития сердечно-сосудистых осложнений, который возникает при использовании препаратов, содержащих высокие дозы этинилэстрадиола (50 мкг). Согласно данным эпидемиологических исследований, частота тромбозомболических осложнений снижается с 10,0 на 10 000 женщин в год при приеме препаратов, содержащих 50 мкг этинилэстрадиола до 4,2, если доза его составляет 20 мкг. Результаты долгосрочных исследований липидного, угле-

водного обмена и параметров гемостаза показывают, что Логест не оказывает клинически значимого влияния на метаболические процессы в организме.

Липидный и углеводный обмен

При исследовании липидного профиля у 30 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, получавших Логест в течение 13 циклов, сравнивали его показатели к 1, 3, 6 и 13 циклу с таковыми до лечения. Средняя величина всех липидных параметров оставалась в пределах нормальных значений в течение всего исследования и не было выявлено каких-либо клинически значимых сдвигов. Уровни холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности, которые считаются особенно важными для развития атеросклероза и влияют на риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, оставались стабильными в течение всего периода наблюдения.

Гемостаз

Измерение уровней прокагулянтных, антикоагулянтных, профибринолитических и антифибринолитических факторов, проведенное у 20 женщин, которые в течение 6 месяцев принимали Логест, продемонстрировало ми-

нимальное воздействие его на коагуляцию и фибринолиз.

Было установлено, что за исключением отдельных измерений, все сдвиги изучаемых параметров гемостаза оставались в пределах нормальных значений и они полностью возвращались к исходным значениям к концу приема препарата. Наблюдаемое незначительное повышение уровня прокагулянтных факторов сглаживалось параллельным повышением фибринолитической активности.

Неконтрацептивные положительные (полезные) эффекты

Как известно, для гормональных комбинированных оральных контрацептивных средств характерны некоторые дополнительные положительные эффекты, наиболее важные из которых – защита от внематочной беременности, воспалительных заболеваний мочеполового тракта, развития кист яичника, рака эндометрия и яичника, доброкачественных заболеваний молочной железы, потери костной массы, дисменореи и менопаузы, уменьшение проявлений акне. При приеме Логеста эти эффекты не только имеют место, но и усиливаются, например, это от-

носится к профилактике рака эндометрия и яичника в связи с большим превалированием у этого препарата гестагенной активности по отношению к эстрогенной по сравнению со всеми существующими комбинированными оральными контрацептивами.

Заключение

Новый сверхнизкодозированный оральный контрацептив Логест обладает уникальным спектром фармакологической активности. Благодаря сочетанию минимально возможной низкой дозы этинилэстрадиола и всех преимуществ прогестагена гестодена, Логест обеспечивает высокую надежность, хороший контроль менструального цикла и низкую частоту межменструальных кровотечений, отличную переносимость, практическое отсутствие влияния на массу тела и на метаболические процессы в организме. На основании полученных данных об эффективности и безопасности существующих оральных контрацептивных средств можно рекомендовать Логест, как препарат первой линии для целей предупреждения беременности у большинства женщин, особенно у молодых, которые впервые начинают применять гормональную контрацепцию.

АУРОБИНДО ФАРМА

Берлон – анальгетик-антипиретик, оказывающий, анальгетическое, жаропонижающее и слабое противовоспалительное действие, механизм которого связан с угнетением синтеза простагландинов. Идеальное средство для лечения спастических болей, благодаря быстрому антиспастическому действию на гладкую мускулатуру.

1 таблетка препарата содержит 500 мг анальгина, 5 мг пифенона гидрохлорида, 0,1 мг фенпиверина бромидов.

Берлон показан при болевом синдроме различного генеза, в том числе головная боль, зубная боль, невралгия, мигалгии, миалгия, при почечных и желчных коликах.

Дозировка: взрослые и дети старше 15 лет по 1–2 таблетки 3 раза в день, дети 5–7 лет – 0,5 табл. 3 раза в день, дети 8–14 лет – по 1 табл. 3 раза в день.

Противопоказания: печеночная порфирия, врожденная недостаточность глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, остроголовая глаукома, гипертро-

фия простаты с тенденцией к задержке мочи, повышенная чувствительность к пиразолону и/или фенилбутанолону.

Побочные действия: в редких случаях возможно развитие аллергических и иммунопатологических реакций. Как и при приеме любого деривата пиразолона имеются отдельные сообщения о развитии гранулоцитопении и агранулоцитозе.

Возможно усиление антихолинергического эффекта Берлона при одновременном приеме хинина. Следует предуп-

БЕРЛОН

редить, что прием Берлона может усилить действие алкоголя.

Берлон, как и другие анальгетики, не следует применять длительное время без совета врача.

Более полную информацию о препарате и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы «Ауробиндо Фарма» по тел.: (095) 366 0892, 366 5259; факс: (095) 365 4792.



**АУРОБИНДО
ФАРМА ЛТД.**

ОАО «КРАСНОГОРСКЛЕКСРЕДСТВА»

Фиточай «Лактавит» – уникальная биологически активная добавка, рекомендованная МЗ РФ при недостатке грудного молока у кормящих женщин. В его состав входят плоды аниса, тмина, фенхеля и листья крапивы. Все компоненты фиточая давно и успешно используются в народной медицине для усиления выработки молока у кормящих женщин; разрешены к применению в качестве лекарственных средств на территории РФ.

Испытания, проведенные на базе детской поликлиники, родильного дома, показали, что

у матерей, получавших «Лактавит», количество грудного молока увеличилось вдвое, а время естественного вскармливания продлилось до 4–6 месяцев (вместо 2–3 месяцев в контрольной группе, где лечение гипогалактии производилось по традиционной методике); у детей значительно уменьшились боли в животе, метеоризм и улучшился аппетит. Активные вещества фиточая не изменяют вкус грудного молока. Применение «Лактавита» позволяет матери разнообразить свое меню, употреблять в пищу овощи, что делает со-

став грудного молока более полноценным, обогащает его витаминами. Кроме того, компоненты сбора стимулируют процесс сокращения матки после родов, снижают риск инфицирования женщины, уменьшают объем кровопотери.

Фиточай «Лактавит» оказывает благотворное влияние на здоровье матери и ребенка, в то время как аналоги лишь увеличивают количество грудного молока, а по цене в 4,5 раза дороже «Лактовита».

ОАО «Красногорсклексредства» работает на рынке лекарственного растительного сырья

ЛАКТАВИТ

России уже более 60 лет и имеет стабильную репутацию производителя высококачественной продукции. Для удобства применения «Лактавит» выпускается в фильтр-пакетах.

Его можно приобрести в аптеках или фирменном магазине завода по адресу: Московская обл., Красногорский район, пос. Опалиха, ул. Ленина, 25. Тел.: 705 9380, 705 9381.



ВЛИЯНИЕ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

Д-р В. Синхай и соавторы

Кормление грудью – наиболее естественный способ вскармливания ребенка. Несмотря на широкое распространение искусственного питания младенцев во многих странах мира, грудное вскармливание является основным условием выживания младенцев раннего возраста. Помимо того, что кормление грудью укрепляет эмоциональные связи между матерью и ребенком, оно обеспечивает малыша всеми питательными веществами, необходимыми для нормального развития в первые шесть месяцев его жизни, предотвращает развитие инфекций. И, наконец, что особенно важно – грудное кормление оказывает контрацептивное действие, подавляя развитие фолликулов и овуляцию.

Контрацептивный эффект грудного кормления является важным средством для увеличения промежутка между родами, однако, поскольку контрацептивное действие грудного кормления весьма непостоянно во времени и, кроме того, различно у разных людей, кормящие матери в целом нуждаются в дополнительной эффективной и безопасной контрацепции. При этом применение противозачаточных средств не должно сопровождаться прекращением кормления грудью и не должно влиять на продукцию молока и здоровье матери. Применение внутриматочных спиралей (ВМС) и презервативов обеспечивают эффективную контрацепцию, не влияя на процесс кормления ребенка, однако многие женщины предпочитают и просят назначить им пероральные контрацептивы (ПК).

Проведенные исследования показали, что комбинированные ПК, содержащие эстрогены и прогестогены, могут снижать количество грудного молока. В отличие от комбинированных ПК, контрацептивные препараты, содержащие только прогестоген (ОКП), такого влияния не оказывают. Они также не влияют на рост и здоровье детей и, таким образом, являются хорошо переносимым и безопасным средством для кормящих матерей. К данной группе препаратов относится **Экслютон**, который в настоящее время применяется в 43 странах мира. Это гестагенный препарат для приема внутрь с низким содержанием активного вещества (1 табл. содержит 500 мкг линэстренола). Контрацептивный эффект ОКП основан на воздействии на цервикальную слизь (повышение вязкости и снижение проницаемости), изменениях в эндометрии, препятствующих nidации оплодотворенной яйцеклетки, а также подавлении овуляции и формирова-

ния желтого тела. Индекс Перля, при условии правильного приема препарата, составляет 0,4. В крупномасштабных клинических исследованиях было показано, что Экслютон имеет частоту неудач 0,9 беременностей на 100 человеко-лет (из них 0,4 – «неудача препарата» и 0,5 – «ошибка пользователя»).

Для изучения влияния этого ОКП на кормление грудью и рост ребенка было проведено исследование двух групп кормящих матерей, одна из которых принимала Экслютон, а другая пользовалась негормональной контрацепцией в виде медьсодержащей ВМС Мультилоуд Cu250.

В исследовании включали недавно родивших женщин, не имеющих достоверных различий в состоянии здоровья, систолического и диастолического давления, объемах и качестве продуцируемого молока, антропометрических показателей детей. Матери вместе с детьми ежемесячно посещали свою клини-

Количественный анализ грудного молока. До начала применения контрацептивов группы женщин не различались по показателям потребления молока ребенком и среднего количества кормлений грудью в день. Однако в группе женщин, принимавших Экслютон, средняя продукция молока была значительно больше, чем в группе, пользовавшейся ВМС. Количественные характеристики кормления детей через 1, 3 и 6 месяцев применения контрацептивов между группами существенно не отличались.

Анализ состава грудного молока. До начала применения контрацептивов женщины двух групп не различались по показателям средних концентраций в молоке кальция, магния, фосфора, натрия, калия, азота и триглицеридов. В процессе применения противозачаточных средств группы женщин также не различались по составу молока, за исключением более высоких концентраций кальция и магния в молоке женщин, принимавших Экслютон, через 1 месяц применения контрацептивов ($p=0,016$, и $p=0,041$ соответственно).

Приемлемость и безопасность. Переносимость обоих контрацептивных средств была очень высока, и только одна женщина через 6 месяцев прекратила прием Экслютон из-за шума в ушах и головокружения. При обследовании женщин и их детей через 6 месяцев после начала применения контрацептивов выяснилось, что доля детей, болевших в течение 4 недель до этого обследования, в группе женщин, принимавших Экслютон, была значительно ниже, чем в группе женщин, пользовавшихся Мультилоудом (соответ-

ственно 42,1 и 75%, $p=0,001$). Заболеваемость самих матерей, а также частота появления проблем с кормлением грудью в двух группах женщин были одинаковы.

Данное исследование подтверждает, что оба препарата являются вполне приемлемыми и безопасными средствами контрацепции для кормящих матерей.

(Статья дается в изложении)

Более подробную информацию о препарате Экслютон и возможности его приобретения можно получить в Информационном Центре по репродукции человека компании «Органон», тел.: 960 2897.

Антропометрические показатели развития детей, матери которых пользовались контрацептивами

Параметр	Исходно	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Вес ребенка (г)				
Экслютон	4410	5240	6350	7200
Мультилоуд	4460	5260	6320	7170
Рост ребенка (см)				
Экслютон	54,5*	58,2	62,7	67,1
Мультилоуд	55,3	58,3	62,4	67,2
Окружность головы ребенка по двум осям (см)				
Экслютон	36,8	38,5	40,7	42,8
Мультилоуд	37,0	38,5	40,6	42,8
Вес тела матери (кг)				
Экслютон	50,3	50,4*	49,9*	49,4*
Мультилоуд	51,4	51,4	51,2	51,1

* Достоверное различие между группами ($p<0,05$)

ку, где у женщин определяли состояние здоровья и количество грудного молока, а также показатели здоровья и развития ребенка.

В исследовании участвовало 110 женщин, 58 из них принимали Экслютон и 52 пользовались Мультилоудом Cu250. При распределении по группам учитывалось желание женщин использовать тот или иной контрацептив. Более взрослые и неоднократно рожавшие женщины иногда предпочитали применять ВМС, в то время как молодые выбирали ПК. Поэтому в группе женщин, принимавших Экслютон, средний возраст женщин и доли женщин, имевших несколько беременностей и несколько родов, были значительно ниже, чем в группе, пользующихся Мультилоудом ($p<0,004$, $p<0,004$ и $p=0,036$ соответственно).



**Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца
проводит в 2000 году двухнедельные курсы
усовершенствования для врачей по темам:**

- функциональные методы исследования в офтальмологии;
- ультразвуковые методы диагностики и лечения в офтальмологии;
- инфекционные и аллергические заболевания глаз;
- миопия и патология глазодвигательного аппарата;
- патология глаз у детей (врожденная катаракта, врожденная глаукома, увеиты, ретинопатия недоношенных);
- глаукома;
- патология сетчатки и зрительного нерва;
- офтальмоонкология;
- травматология и реконструктивная хирургия глаза;
- оптометрия и контактная коррекция зрения;
- слабовидение и методы его компенсации;
- рефлексология, гомеопатия и физические методы лечения в офтальмологии.

Для лиц со средним медицинским или оптическим образованием:

- шкала оптометрии (3 мес.).

Для медсестер:

- функциональное лечение косоглазия и нистагма (3 нед.).

По окончании курсов выдается удостоверение государственного образца.

Контактный телефон: (095) 923 9639, факс: (095) 975 2400.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральный научно-исследовательский институт
медицинских проблем формирования здоровья ФНИИ МП ФЗ
103001, Москва, Б. Патриарший пер., д. 3 Тел.: 209 2449, 209 2884, факс: 209 2903**

Объявляется конкурс на замещение вакантных должностей в лаборатории перспективных технологий:

- заведующий лабораторией – 1 ед.
- старший научный сотрудник – 1 ед.

**Государственный научный
центр социальной
и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского**

объявляет конкурс на замещение
вакантных должностей:

- **руководителей (докторов наук)** Лаборатории клинической нейрофизиологии; Отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме и Отделения по разработке новых методов лечения больных наркоманиями и алкоголизмом; Отдела психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма;
- **ведущих научных сотрудников** Лаборатории судебной сексологии, Отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз и Отделения экспертизы в гражданском процессе Отдела судебно-психиатрических экспертиз;
- **старших научных, научных и младших научных сотрудников** Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии, клинических отделений и лабораторий.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Москве и ближайшем Подмосковье. Срок подачи документов – 1 месяц с момента публикации объявления.

Адрес: 119839, Москва, Кропоткинский пер., 23.

**МОСКОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ**

кафедра «Биоэкологии и Ихтиологии»
Россия, 113149 г. Москва, ул. Болотниковская, дом 15
тел.: (095) 318-7400 тел./Факс: (095) 318-7618
e-mail: utes@ns.ittsc.co.ru, WEB: www.netcity.ru/~mgta-bio

Государственная аккредитация: №25-0213 от 02.06.1998 г. Государственная лицензия: №1668 от 15.06.1998 г.

Высшее государственное образование, по специальностям:

Специальность «**БИОЭКОЛОГИЯ**»

Специализации:

- Биологический контроль состояния окружающей среды;
- Экологическая экспертиза водных экосистем;
- Экономика природопользования;
- Экологический аудит;
- Менеджмент и маркетинг в экологии;
- Биоразнообразие и охрана природы;
- Экология человека.

Специальность «**ВОДНЫЕ БИОРЕСУРСЫ
И АКВАКУЛЬТУРА**»

Специализации:

- Управление водными биоресурсами и рыбоохрана;
- Рыбоводство;
- Ихтиопатология;
- Фермерское рыбоводство;
- Ихтиология.

Профессиональная переподготовка (второе высшее образование), повышение квалификации.

- Предусматриваются выездные сессии, лекции и семинары - что обеспечивает хорошую возможность для освоения выбранных программ обучения, на местах, без отрыва от производства. Учет потребностей Работодателей.
- Срок переподготовки и/или повышения квалификации – 1 год. Обучение платное.
- Выдается диплом государственного образца, с правом ведения нового вида деятельности.

Обучение в аспирантуре, докторантуре. Диссертационные советы МГТА, квалифицированная помощь:
♣ Экология; Охрана живой природы; Ихтиология и т. д.;

Проведение НИР в области: экологии водоемов (нормирование), охраны биоресурсов, биотестирование, рыболовства и рыбоводства. Научные консультации, семинары, конференции по актуальным проблемам водных биоресурсов

Главный корпус МГТА: Россия, Москва, 109004, ул. Земляной вал, дом 73

Ректорат: тел. (095) 915-0340
Приемная комиссия: тел. (095) 915-5210

Дополнительная информация предоставляется:

тел.: (095) 318-7400 тел./факс: (095) 318-7618
e-mail: utes@ns.ittsc.co.ru
WEB: www.netcity.ru/~mgta-bio

Пульс

издательство

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезни)

Журналисты редакции помогут собрать и отредактировать оригинальные материалы по любой актуальной для Вас тематике, а художники и фотокорреспонденты сделают иллюстрации.

**Контактный тел./факс 465 4854
399 8493.**

Врачам

Работа с фитопрепаратами, рекомендованными Минздравом РФ для профилактики заболеваний и оздоровления.
Тел.: 468 3041

Фальшивотаблетки

Департамент государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинской техники сообщает, что по информации ЗАО «Трансатлантик Интернейшнл Пте. Лтд.» – уполномоченного представителя индийской фирмы «Хималайя Драг Ко.» в Российской Федерации, на отечественном фармацевтическом рынке появились препараты «Лив-52, таблетки» и «Цистон, таблетки» производства указанной индийской фирмы, не предназначенные для продажи в России.

В соответствии с требованиями нормативной документации, утвержденной при регистрации препаратов в России, на флаконах должно быть указано название эксклюзивного дистрибьютора в России: «Эксклюзивный дистрибьютор в России «Трансатлантик Интернейшнл Пте. Лтд.».

По сообщению фирмы «Хималайя Драг Ко.», Индия, препараты, упакованные во флаконы с маркировкой, не содержащей название эксклюзивного дистрибьютора, не соответствуют установленным в Российской Федерации требованиям.

Учитывая вышеизложенное, Департамент запрещает сертифициацию препаратов «Лив-52, таблетки» и «Цистон, таблетки» производства фирмы «Хималайя Драг Ко.», Индия, без указания на флаконе эксклюзивного дистрибьютора в России.

УНИКАЛЬНЫЙ АТЛАС

Издан «Атлас по вирусным, хламидийным заболеваниям гениталий и цитопатологии», включающий в себя данные клинических и лабораторных исследований, полученные с помощью световой, иммуно-флюоресцентной и электронной микроскопии. В России и за рубежом аналогов этому изданию нет. Авторы: проф. В. И. Козлова и проф. А. Ф. Пухнер.

Атлас предназначен для врачей различного профиля: акушеров и гинекологов, урологов, дерматовенерологов, вирусологов, инфекционистов, врачей-лаборантов, а также для ординаторов, аспирантов и преподавателей медицинских ВУЗов.

Желающие приобрести Атлас с автографами авторов и значительной скидкой, могут позвонить по тел.: (095) 936 6458.

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" 32608.

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**