Gynekology5 (2009).qxd 12/18/09 6:09 PM Page 20

8. Маслова ЕЯ., Самсонов МА., Погожева АВ. Изучение влияния полиненасыщенных жирных кислот омега-3 на клинико-биохимические показатели и азотвыделительную функцию почек у больных с хронической почечной недостаточностью. Вопр. питания. 1992; 5–6: 15–9.
9. Масуев КА. Влияние полиненасыщенных жирных кислот омега-3 класса на позднюю фазу аллергической реакции у больных бронхиальной астмой. Тер. арх. 1997; 3: 31–3.
10. Меерсон ФЗ., Белкина ЛМ., Сянь Цюнь Фу. Коррекция нарушений электрической стабильности сердца при постинфарктном кардиосклерозе с помощью диеты, обогащенной полиненасыщенными жирными кислотами. Бюлл. эксперим. биол. и мед. 1993; 4: 343–5.
11. Меерсон ФЗ., Сянь Цюнь Фу, Белкина ЛМ. Коррекция нарушений сократительной функции и электрической стабильности сердца при постинфарктном кардиосклерозе у крыс с помощью диеты, обогащенной полиненасыщенными жирными кислотами. Кардиология. 1994; 4: 105–10.
12. Морозова НА. Изучение фармакодинамического действия препарата Теком в экспериментальной модели воспалительного процесса в легких и атеросклероза. Укр. пульмонол. журн. 1997; 1: 40–2.
13. Морозова НА. Вивчення впливу препарату Теком на фагоцитарну ланку імунітету у хворих на запальні захворювання бронхо-легеневої системи. Укр. пульмонол. журн. 2000; 4: 48–51.
15. Полякова ВА. Современная гинекология. Тюмень: Изд-во ФГУИНН «Тюмень», 2004; 359–402.
16. Пыж МВ., Грацианский НА., Добровольский АБ. Влияние диеты, обогащенной омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами, на показатели фибринолитической системы крови у больных на начальных стадиях ишемической болезни сердца. Кардиология. 1993; 6: 21–5.
17. Решетняк ТМ., Алекберова ЗС., Насонов ЕЛ. Принципы лечения антифосфолипидного синдрома при системной красной волчанке. Тер. арх. 1998; 70 (5): 83–7.
18. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Под. ред. В.И.Кулакова, В.Н.Прилепской, В.Е.Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; 780–7.
19. Ames BN, Gold LS, Willett WC. The causes and prevention of cancer. Pract Natl Acad Sci USA 1995; 92: 5258–65.
20. Arm JP, Horton CE, Dpur BW. The effects of dietary supplementation with fish oil on the airways response to inhaled allergen in bronchial asthma. Am Rev Resp Dis 1989; 139: 1395–400.
21. Barcelli UO, Glass-Greenwalt P, Pollak VE. Enhancing effect of dietary supplementation with Omega-3 fatty acid on plasma fibrinolysis in normal subject. Thromb Res 1985; 39: 307–12.
22. Bittiner SB, Tucker WF, Cartwright I. A double-blind,
randomised, placebo-controlled trial of fish oil in psoriasis. Lancet 1988; 1: 378–80.
23. Bjorneboe A, Soyland E, Bjorneboe GE. Effect of dietary supplementation licosapentaenoic acid in the treatment of atopic dermatitis. Br J Dermatol 1987; 117: 463–9.
24. Charnock JS. Antiarrythmic effects of fish oils. Simopoulos AP., Kifer RR., Martin RE. eds. Health effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid in seafoods. World Rev Nutr Diet 1991; 66: 278–91.
25. Drevon CA. N-6 and n-3 fatty acids - how much and which balance? Scand J Nutr 1990; 34: 56–61.
26. Dry J, Vincent D. Effects of fish oil diet on asthma: Results of one year double-blind study. Int Arch Allergy Appl Immunol 1991; 95: 156–7.
27. Dyerberg J. Coronary heart disease in Greenland Inuit: A paradox. Implication for Western diet patterns. Artic Med Res 1989; 48: 47–54.
28. Ernst E. Effects of n-3 fatty acids on blood rheology. J Internal Med 1989; 225 (suppl. 1): 129–32.
29. GISSI-Prevenzione Investigators Dietary Supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of GISSI-Prevenzione trial. Lancet 1999; 354: 447–55.
30. Godley PA, Campbell MK, Gallagher P. Biomarkers of essential fatty acids consumption and risk of prostatic carcinoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1936; 5: 889–95.
31. Gupta AK, Ellis CN, Tellnes DC. Double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy of fish oil and low-dose UVB in the treatment of psoriasis. Br J Dermatol 1989; 120: 801–7.
32. Harris WS. N-3 fatty acids and serum lipoproteins: human studies. Am J Clin Nutr 1997; 65 (5 Suppl.): 1645–54.
33. Heemskerk JW, Vossen RC, van Dam-Mieras MC. Polyunsaturated fatty acids and function of platelets and endothelial cells. Curr Opin Lipidol 1996; 7: 24–9.
34. Hendrickse CW, Keighley MR, Neoptolemas JP. Dietary omega-3 fats reduce proliferation and tumor yealds at colorecat anastomosis in rats. Gastroenterology 1995; 109 (2): 431–9.
35. Hirai A, Terano T, Saito H. Clinical and epidemiological studies of eicosapentaenoic acid in Japan. Lands WEM, ed. Proceedings of the AOCS short course on polyunsaturated fatty acids and eicosanoids. Champaign, IL: American Oil Chemists' Society, 1987; p. 9–24.
36. Kaizer L, Boyd NF, Krinkov V. Fish consumption and breast cancer risk: an ecological study. Nutr Cancer 1989; 12: 61–8.
37. Knapp HR. N-fatty acids and human hypertension. Curr Opin Lipidol 1996; 7: 30–3.
38. Kremer JM, Lawrence DA, Petrillo GF. Effects of high-dose oil on rheumatoid arthritis after Stopping nonsteroidal antiinflammatory drugs. Clinical and immune correlates. Artbritis Rheum 1995; 38: 1107–14.
39. Kremer JM. Effects of modulation of inflammatory disease receiving dietary supplementation of n-3 and n-6 fatty acids. Lipids 1996; 31 (Suppl.): S243–7.
40. Krombout D, Bosschieter EB, Coulander C. The inverse relation between fish consumption and 20-year mortality from coronary heart disease. N Engl J Med 1985; 312: 1205–9.
41. Krombout D. The importance of n-6 and n-3 fatty acids in carcinogenesis. Med Oncol Tumor Pharmacother 1990; 7: 173–6.
42. Lewis R, Lee T, Austen K. Effects of omega-3 fatty acid on the generation of products of 5-lipooxygenase pathway. Simopoulos A, Kifer R, Martin R, eds. Health effects of polyunsaturated fatty acid in seafoods. Orlando, FL: Academic press, 1986; p. 227–38.
43. Morris MC, Sacks F, Rosner B. Does fish oil lower blood pressure? A meta-analysis of controlled trials. Circulation 1993; 88: 523–33.
44. Simopoulos AP, Kifer RR, Martin RE. Health effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid in seafood's. World Rev Nutr Diet 1991; 66 (1): 592.
45. Thien FC, Mencia-Huerta JM, Lee TH. Dietary fish oil effects on seasonal hay fever and asthma in pollen-sensitive subjects. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 1138–43.
46. Weber P, Fischer S, von Schaky C. Dietary omega-3 polyunsaturated fatty acid and eicosanoids formation in man. Simopoulos A, Kifer R, Martin R, eds. Health effects of polyunsaturated fatty acid in seafood's. Orlando, FL: Academic press, 1986; p. 227–38.

Пресс-релиз

Простые алгоритмы решения сложных задач

1 октября 2009 г. состоялся симпозиум «В помощь гинекологу-эндокринологу: простые алгоритмы решения сложных задач», подготовленный компанией «Гедеон Рихтер» и посвященный проблемам лечения гинекологических и эндокринных заболеваний. Симпозиум проходил в рамках X юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя» и XI Международной специализированной выставки «Охрана здоровья матери и ребенка-2009».

Как заявил председатель симпозиума, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии МГМСУ, профессор И.Б.Манухин, в структуре гинекологических заболеваний на первом месте стоит миома матки, на втором – гиперпластические процессы эндометрия, на третьем – синдром поликистозных яичников.

Первым выступил профессор кафедры акушерства и гинекологии МГМСУ А.Л.Тихомиров. В докладе «Алгоритм лечения пациенток с миомой матки» он подчеркнул, что распространенность миомы матки достаточно большая – около 84%. В этом случае гистерэктомия является наиболее распространенной полостной операцией в гинекологии, а в России средний возраст пациенток, которые подвергаются гистерэктомии, составляет примерно от 37 до 43 лет. Эти еще молодые женщины с неполностью или вообще нереализованной репродуктивной функцией и, возможно, желающие иметь детей из-за миомы матки приговорены к гистерэктомии. Причем 90% гистерэктомий проводятся у пациенток репродуктивного возраста по поводу абсолютно доброкачественных заболеваний. Кроме того, у них в последующем развиваются клинические симптомы постгистерэктомического синдрома: угасание функции яичников в ранние сроки после операции, тревожно-депрессивные состояния, генитальные и сексуальные нарушения и другие проявления, обусловленные недостаточностью функции яичников.

Поэтому перед нами стоит серьезный вопрос: как лечить миому матки? У больных такого молодого возраста остается только проводить заместительную гормональную терапию (ЗГТ) начиная со 2–3-го дня после операции и на протяжении не менее 6 мес. Целью ЗГТ в этом случае является предупреждение преждевременного наступления менопаузальных нарушений, так как после гистерэктомии они развиваются у 52,5% женщин даже с сохраненными придатками. Безусловно, лучше этого избежать.

Наши пациентки хотят получить эффективное лечение, быстрые результаты, минимальные осложнения и побочные эффекты, отсутствие рецидивов, сохранение репродуктивной функции, семейного и социального статуса. Как говорят хирурги: лучшая операция – это не сделанная операция. И для применения только неинвазивных и органосохраняющих методик лечения начинать лечение миомы матки надо при ее минимальных размерах и максимально щадящим методом, пока еще можно рассчитывать на стабилизацию процесса. В этом случае речь должна идти о незначимых миомах или о миомах малых размеров (до 1,5 см в диаметре), при которых могут быть использованы современные микродозированные контрацептивы, например Линдинет и Новинет. Основной целью их применения будет являться стабилизация эффекта, прекращение роста миомы. Эффективность такого метода лечения может достигать 77%. Наряду с этим пациентки получают и качественную контрацепцию.

По словам профессора Тихомирова, имеются данные американских коллег и коллег из Великобритании о том, что комбинированные оральные контрацептивы оказывают профилактический эффект и являются средством, предотвращающим развитие миомы матки.

Глобальная задача в лечении миомы матки – не запустить болезнь, не допустить развития большого объема миоматозной ткани. И эта задача уже решаема на современном этапе с помощью программы профилактики образования миом: применение уже в раннем репродуктивном периоде микродозированных гормональных контрацептивов, ульразвуковой мониторинг (не реже 1 раза в год). Пассивное же наблюдение абсолютно недопустимо.

С мнением первого докладчика согласна М.А.Геворкян, профессор кафедры акушерства и гинекологии МГМСУ. В своем выступлении она рассказала о современных подходах к диагностике и лечению гиперпластических процессов эндометрия.

В XXI веке имеются альтернативные методы лечения любых гормонозависимых заболеваний. Например, гиперплазия эндометрия – это чрезмерная пролиферация преимущественно железистого компонента эстрогензависимого эндометрия. Очень много синдромов сопровождаются хронической ановуляцией – синдром поликистозных яичников, метаболический синдром, которые являются опасными в плане неопластических процессов. Если резюмировать все последние фундаментальные исследования, то механизмы пролиферации гормонозависимых опухолей репродуктивной системы, пожалуй, едины в конечном этапе – активации митогенных, онкогенных факторов роста на фоне подавления механизмом апоптоза (защиты организма от неопластических процессов). В настоящее время перспективными являются исследования метаболизма эстрогенов при овуляторных циклах. Максимум эстрадиола синтезируется в предовуляторных фолликулах, наверное, именно этим можно объяснить протективное действие оральных контрацептивов в плане профилактики гормонозависимых заболеваний репродуктивной системы, поскольку они подавляют рост преовуляторного фолликула.

Имеется множество работ, в которых говорится о том, что местным аутокринным органом является не только жировая ткань, но и любая, в частности ткань эндометрия, где может быть экспрессия цитохрома Р-450-арома, метаболизирующего андрогены в эстрогены. Не важно, откуда берутся эстрогены. А далее следует каскад реакций, которые характерны для любых пролиферативных процессов (миома, эндометриоз, гиперпластические процессы), активизируются различные факторы, и кончается это неудержимым гиперпластическим процессом.

Gynekology5 (2009).qxd 12/18/09 6:09 PM Page 22

Например, сегодня полипы эндометрия относят к опухолевидным образованиям эндометрия, не имеющим признаков истинных пролиферативных процессов, и в настоящее время они вынесены за пределы морфологической классификации гиперпластических процессов. Доказано, что гормонотерапия железисто-фиброзных и фиброзных полипов не предотвращает их рецидив. Поэтому в этих случаях на первом этапе в основном используется хирургический метод лечения. Вторым этапом является профилактика рецидива комбинированными оральными контрацептивами, которые в конечном счете вызывают атрофические процессы в эндометрии.

Чаще всего мы сталкиваемся с гиперпластическими процессами на фоне ановуляции, которая клинически проявляется дисфункциональными маточными кровотечениями. Что касается относительной гиперэстрогении на фоне атретичных маленьких фолликулов, которые вырабатывают мало эстрадиола, то большая роль в пролиферативных и неопластических процессах отводится сопутствующим метаболическим нарушениям. В репродуктивном возрасте причиной гиперплазии эндометрия на фоне абсолютной гиперэстрогении чаще всего являются функциональные кисты, возникающие в результате гипергонадотропной стимуляции яичников. Становится очевидным, что единственным патогенетическим вариантом лечения является подавление гонадотропной функции приемом Регулона в пролонгированном режиме. В пременопаузе физиологические изменения в репродуктивной системе характеризуются флюктуирующими выбросами ФСГ, что также повышает риск развития функциональных кист. Конечно, очень важно проводить профилактику рецидива гиперпластических процессов эндометрия. Профилактика здесь одна – длительный прием оральных контрацептивов. В связи с этим можно говорить о препарате выбора, содержащего дезогестрел (Регулон). Почему именно дезогестрел? Потому что он метаболически инертен и в отличие от предыдущего поколения левоноргестрела обладает антиандрогенным эффектом, а очень многие ановуляторные синдромы связаны с гиперандрогенией. Очень многие препараты имеют в своем составе комбинацию с дозой 3 мг этинилэстрадиола, последнее поколение препаратов не исключение. Но именно комбинация с дезогестрелом дает выраженное антигонадотропное действие.

Завершила симпозиум Т.В.Чеботникова, старший научный сотрудник ФГУ Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий докладом «Синдром поликистозных яичников и перспективы применения комбинированных эстроген-гестагенных препаратов».

Синдром поликистозных яичников представляет собой состояние хронической ановуляции, которое проявляется в виде нарушений менструального цикла и гипермеррагении при отсутствии других причин гиперпродукции андрогенов. Причины гиперандрогении могут быть различными: увеличение продукции фракций андрогенов, увеличение их активности, увеличение биологически активных фракций тестостерона при снижении продукции транспортного белка, который синтезирует тестостерон. Фактически синдром поликистозных яичников представляет собой три группы клинических нарушений: ановуляция, которая проявляется олиго- или аменореей, когда фактически формируется бесплодие, андрогензависимые проблемы (дерматопатия, акне, гирсутизм, алопеция), метаболические проблемы (избыточная масса тела, ожирение, нарушения углеводного обмена, сахарный диабет типа 2, дислипидемия, атеросклероз).

Распространенность синдрома поликистозных яичников, например, в Москве составляет 6,5%.

Если говорить о лечении синдрома поликистозных яичников, то, например, для лечения акне очень эффективны комбинированные оральные контрацептивы, даже если они используются в качестве монотерапии. Мы провели длительные исследования их эффективности (препараты Линдинет-20 и Линдинет-30) с определением значимости лютеогенного компонента и дозы эстрогенного компонента. Надо сказать, что эффективность лечения составила 87–91%. При своевременной диагностике синдрома поликистозных яичников и своевременном назначении комбинированных оральных контрацептивов можно снизить уровень биоактивных андрогенов и предупредить развитие гирсутизма. Препараты могут использоваться в течение длительного времени на протяжении всего репродуктивного периода.

Вспомогательная иммунотерапия ВПЧ-ассоциированных поражений слизистых оболочек и кожи урогенитальной и перианальной локализации

(Систематический обзор литературы и МЕТА-анализ применения Инозина Пранобекса)

М.Ю.Елисеева, О.А.Мынбаев

Московский государственный медико-стоматологический университет (ректор – проф. О.О.Янушевич)

Представлены обобщенные результаты применения Инозина Пранобекса (2369 случаев моно- и 3369 случаев комбинированного режимов) в сравнении с 71 наблюдением плацебо-контроля и 575 наблюдениями лечения традиционными методами из 15 источников литературы. Несмотря на разнообразие дизайнов, методологических подходов и контингента больных, с точки зрения доказательной медицины систематический обзор литературы и МЕТА-анализ в целом свидетельствует об обнадеживающем эффекте вспомогательной иммунотерапии Инозином Пранобексом на фоне традиционных методов при ассоциированных с вирусом папилломы человека патологиях слизистых оболочек и кожи урогенитальной и перианальной локализации.

Ключевые слова: *вирус папилломы человека, бородавки, остроконечные кондиломы, предрак шейки матки, дисплазия шейки матки, иммуномодуляторы, Инозин Пранобекс, Изопринозин.*