

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

акушерство и гинекология

Scientific and practical journal **AND**
OBSTETRICS
GYNECOLOGY
(Moscow)

Supplement

Algorithms
for the diagnosis
and treatment

++++++
++++++
++++++
++++++

ПРИЛОЖЕНИЕ

**АЛГОРИТМЫ
ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ**

9/2021



++
++
++
++
++
++
++

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ. АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА МИНЗДРАВА РФ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ



акушерство и гинекология

Приложение

9 / 2021

<https://aig-journal.ru>

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Л.В. АДАМЯН, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
И.А. АПОЛИХИНА, проф., д.м.н. (Москва)
Л.А. АШРАФЯН, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
О.Р. БАЕВ, проф., д.м.н. (Москва)
В.С. БАРАНОВ, чл.-корр. РАН, проф., д.б.н. (Санкт-Петербург)
И.Н. БАРАНОВ, проф., д.м.н. (Москва)
Е.Л. БОКЕРИЯ, д.м.н. (Москва)
М.Ю. ВЫСОКИХ, к.б.н. (Москва)
А.И. ГУС, проф., д.м.н. (Москва)
В.В. ДАВЫДОВ, проф., д.м.н. (Москва)
Д.Н. ДЕГТЯРЕВ, проф., д.м.н. (Москва)
Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, проф., д.м.н. (Москва)
Н.В. ДОЛГУШИНА, проф., д.м.н. (Москва)
Э.Р. ДУРИНЯН, доц., к.м.н. (Москва)
Н.В. ЗАРОЧЕНЦЕВА, проф. РАН (Москва)
Н.Е. КАН, проф., д.м.н. (Москва)
Е.Ф. КИРА, проф., д.м.н. (Москва)
И.Ю. КОГАН, чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. (Санкт-Петербург)
В.И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
Л.В. КРЕЧЕТОВА, д.м.н. (Москва)
С.А. ЛЕВАКОВ, проф., д.м.н. (Москва)
Д.С. ДОГУТОВА, проф., д.м.н. (Москва)
А.Д. МАКАШКИНА, акад. РАН, проф., д.м.н.
И.Б. МАЛУХИН, проф., д.м.н. (Москва)
А.А. МОХОВ, проф., д.м.н. (Москва)
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, проф., д.м.н. (Москва)
Т.В. ПРИПУТНЕВИЧ, д.м.н. (Москва)
А.В. ПЫРЕГОВ, проф., д.м.н. (Москва)
В.Е. РАДЗИНСКИЙ, чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
Д.В. РЕБРНИКОВ, проф. РАН, д.б.н. (Москва)
Г.М. САВЕЛЬЕВА, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
С.А. СЕЛЬКОВ, проф., д.м.н. (Санкт-Петербург)
А.Н. СЕНЧА, д.м.н. (Москва)
И.С. СИДОРОВА, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
А.Е. СОЛОНОВА, д.м.н. (Москва)
А.Н. СТРИЖАКОВ, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
Н.К. ТЕТРУАШВИЛИ, д.м.н. (Москва)
Д.Ю. ТРОФИМОВ, проф. РАН, д.б.н. (Москва)
А.З. ХАШУКОВА, проф., д.м.н. (Москва)
Т.А. ФЕДОРОВА, проф., д.м.н. (Москва)
В.Е. ФРАНКЕВИЧ, к.ф.м.н. (Москва)
Р.Г. ШМАКОВ, проф. РАН, д.м.н. (Москва)
М.П. ШУВАЛОВА, к.м.н. (Москва)
BIRGIT ARABIN, prof (Berlin Germany)
FRANK A. SCHERVENAK, MD, MMM (New York USA)
JOACHIM W. DUDENHAUSEN, prof (Berlin, Germany)
MOSHE HOD, prof (Israel)

Главный редактор

Г.Т. СУХИХ

акад. РАН, проф., д.м.н., чл. EASE, Москва

Зам. главного редактора

В.Н. СЕРОВ

акад. РАН, проф., д.м.н., Москва

Зам. главного редактора

Е.Г. ХИЛЬКЕВИЧ

д.м.н., чл. EASE, Москва

Ответственный секретарь

А.И. ШЕГОЛЕВ

проф., д.м.н., Москва

Научный редактор

Э.Р. ДУРИНЯН

доц., к.м.н., Москва

Научный редактор

В.А. АКСЕНОВ

к.м.н., вице-президент

Межрегиональной общественной организации
«Общество специалистов
доказательной медицины»

Зав. редакцией

Е.В. КОНОВАЛ-ШОРОХОВА

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

117997, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Телефон: (495) 438-69-46

E-mail: aig@oparina4.ru

Зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи, информа-
ционных технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор)

ПИ № ФС77-366074 от 23 апреля 2009 г.

Основан в 1922 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Е.Н. БАЙБАРИНА, проф., д.м.н. (Москва)
Н.В. БАШМАКОВА, проф., д.м.н. (Екатеринбург)
А.В. ДЕГТЯРЕВА, проф., д.м.н. (Москва)
А.Е. ДОННИКОВ, к.м.н. (Москва)
Р.М. ЕСАЯН, к.м.н. (Москва)
С.Н. ЗАНЬКО, проф., д.м.н. (Витебск)
В.В. ЗУБКОВ, д.м.н. (Москва)
Т.С. КАЧАЛИНА, проф., д.м.н. (Н. Новгород)
В.В. КОВАЛЕВ, проф., д.м.н. (Екатеринбург)
Е.А. КОГАН, проф., д.м.н. (Москва)
И.Н. КОСТИН, проф., д.м.н. (Москва)
А.М. КРАСНЫЙ, к.б.н. (Москва)
Ш.М. КУРЬАНОВ, проф., д.м.н. (Душанбе)
В.Н. ЛОКШИН, проф., д.м.н. (Алматы)
А.И. МАЛЫШКИНА, проф., д.м.н. (Иваново)
Г.Б. МАЛЫГИНА, д.м.н. (Екатеринбург)
Б.И. МЕДВЕДЕВ, проф., д.м.н. (Челябинск)
Т.А. НАЗАРЕНКО, проф., д.м.н. (Москва)
М.А. НИКОЛАЕВА, д.б.н. (Москва)
С.В. ПАВЛОВИЧ, к.м.н. (Москва)
О.Г. ПЕКАРЕВ, проф., д.м.н. (Москва)
Г.А. ПЕНЖОЯН, проф., д.м.н. (Краснодар)
И.И. РЮМИНА, проф., д.м.н. (Москва)
И.А. СЛОВ, проф., д.м.н. (Саратов)
Д.Н. СИЛАЧЕВ, д.б.н. (Москва)
Е.В. УВАРОВА, чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
И.Ф. ФАТКУЛИН, проф., д.м.н. (Казань)
Т.Х. ФАТХУТДИНОВ, д.м.н. (Москва)
О.С. ФИЛИППОВ, проф., д.м.н. (Москва)
С.В. ХАБАРОВ, проф., д.м.н. (Тула)
З.С. ХОДЖАЕВА, проф., д.м.н. (Москва)
С.В. ХОХЛОВА, д.м.н. (Москва)
Г.Е. ЧЕРНУХА, проф., д.м.н. (Москва)
Е.Л. ЯРОШКАЯ, проф., д.м.н. (Москва)
А. ГРАЦИОТИНИ, проф. (Милан, Италия)
Х. ВИЛЛАР, проф. (Оксфорд, Великобритания)
С. КЕННЕДИ, проф. (Оксфорд, Великобритания)
Т. МАХМУД, проф. (Керколл, Великобритания)
ДЖ.К. ДИ РЕНЦО, проф. (Перуджа, Италия)
В. СЕНИКАС, проф. (Оттава, Канада)
ДЖ. ШЬЯРРА, проф. (Чикаго, США)

Журнал входит в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Импакт-фактор РИНЦ: 5-летний — 0,862, 2-летний — 1,183.

Журнал «Акушерство и гинекология» представлен в следующих международных информационных изданиях:
Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Experta Medica; Ulrich's International Periodicals Directory;

включен в продукты EBSCO; входит в Russian Science Citation Index, Emerging Sources Citation Index; представлен в базе данных SCOPUS.

УЧРЕДИТЕЛИ

Федеральное государственное
бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(член Ассоциации научных редакторов и издателей — АНРИ)
Общероссийская общественная организация
«Российское общество акушеров-гинекологов»

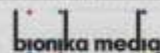
Журнал «Акушерство и гинекология»
член Международного Комитета
по публикационной этике (COPE), WAME

Дата выхода 20.09.2021

Формат 60×90 1/8. Печ. д. 16. Отпечатано в ООО «Борус-Принт». Тираж 10 000 экз. Адрес: 115201, г. Москва, МО Москворечье-Сабурово инт.тер., 1-ый Котляковский пер., д.3, этаж 1, пом. 1/12
Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций в печатном или электронном виде из журнала «Акушерство и гинекология»
допускается только с письменного разрешения Издателя ООО «Бионика Медиа»

Акуш. и гин. 2021. Приложение № 9

© ООО «Бионика Медиа»



ИЗДАТЕЛЬ ООО «Бионика Медиа»

Адрес для корреспонденции:
Адрес: 117485 Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
www.bionika-media.ru
Председатель Совета директоров: И.Г. Красильская
Генеральный директор: О.О. Горяинова

Размещение рекламы:

ООО «Бионика Медиа»
Руководитель департамента по рекламе
в медицинской прессе: Н.И. Дилекеева

Руководитель направления Женское здоровье:
Михо О.А.

Департамент по рекламе

в медицинской прессе:
А.Д. Луковкина, А.А. Паптегеева

Арт-директор: М.А. Лындина

Отдел дизайна и верстки:

М.И. Григорьева,
М.И. Подкова, А.И. Смирнов
Корректор — Е.В. Селверстова

Подписка и распространение:

Тел.: (495) 786-25-41
E-mail: podpiska@bionika.ru
Свободная цена

Индексы по каталогу «Почта России»

ПР282 — подписка на полгода

NATIONAL MEDICAL RESEARCH CENTER FOR OBSTETRICS,
GYNECOLOGY AND PERINATOLOGY NAMED AFTER ACADEMICIAN V.I. KULAKOV
OF MINISTRY OF HEALTHCARE OF RUSSIAN FEDERATION
RUSSIAN SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS



OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

AKUSHERSTVO I GINEKOLOGIYA (MOSCOW)

Supplement

9 / 2021

<https://aig-journal.ru>

Founded in 1922

Scientific and Practical Journal

EDITORIAL BOARD:

L.V. ADAMYAN, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
I.A. APOLIKHINA, prof., MD (Moscow)
L.A. ASHRAFIYAN, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
O.R. BAEV, prof., MD (Moscow)
V.S. BARANOV, corr. member RAS, prof., Sc.D. (St. Petersburg)
I.L. BARANOV, prof., MD (Moscow)
E.L. BOKERIYA, MD (Moscow)
M.Yu. VYSOKHIKH, PhD (Moscow)
A.I. GUS, prof., MD (Moscow)
V.V. DAVIDOV, prof., MD (Moscow)
D.N. DEGTAREV, prof., MD (Moscow)
Yu.E. DOBROKHOTOVA, prof., MD (Moscow)
N.V. DOLGUSHINA, prof., MD (Moscow)
E.R. DURINYAN, PhD (Moscow)
N.V. ZAROCHENTSEVA, Prof. RAS, MD (Moscow)
N.E. KAN, prof., MD (Moscow)
E.F. KIRA, prof., MD (Moscow)
I.Yu. KOGAN, corr. member RAS, prof., MD (St. Petersburg)
V.I. KRASNOPOLSKIY, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
L.V. KRECHETOVA, MD (Moscow)
S.A. LEVAKOV, prof., MD (Moscow)
L.S. LOGUTOVA, prof., MD (Moscow)
A.D. MAKATSARIYA, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
I.B. MANUKHIN, prof., MD (Moscow)
A.A. MOKHOV, prof., Doctor of Law (Moscow)
V.N. PRILEPSKAYA, prof., MD (Moscow)
T.V. PRIPUTNEVICH, MD (Moscow)
A.V. PYREGOV, prof., MD (Moscow)
V.E. RADZINSKY, corr. member RAS, prof., MD (Moscow)
D.V. REBRIKOV, prof. RAS, PhD (Moscow)
G.M. SAVELYEVA, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
S.A. SELKOV, prof., MD (St. Petersburg)
A.N. SENCHA, MD (Moscow)
I.S. SIDOROVA, Acad. RAS, prof. MD (Moscow)
A.E. SOLOPOVA, MD (Moscow)
A.N. STRIZHAKOV, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
N.K. TETRUASHVILI, MD (Moscow)
D.Yu. TROFIMOV, prof. RAS, Sc.D. (Moscow)
A.Z. KHASHUKOEVA, prof., MD (Moscow)
T.A. FEDOROVA, prof., MD (Moscow)
V.E. FRANKEVICH, PhD (Moscow)
R.G. SHMAKOV, prof. RAS, MD (Moscow)
M.P. SHUVALOVA, PhD (Moscow)
BIRGIT ARABIN, prof. (Berlin Germany)
FRANK A. CHERVENAK, MD, MMM (New York USA)
JOACHIM W. DUDENHAUSEN, prof. (Berlin, Germany)
MOSHE HOD, prof. (Israel)

Editor-in-Chief

G.T. SUKHIKH

Acad. RAS, prof., MD, member of EASE,
Moscow

Deputy Editor-in-Chief

V.N. SEROV

Acad. RAS, prof., MD, Moscow

Deputy Editor-in-Chief

E.G. KHILKEVICH

MD, member of EASE, Moscow

Executive secretary

A.I. SHCHEGOLEV

prof., MD, Moscow

Science editor

E.R. DURINYAN

assoc. prof., PhD, Moscow

Science Editor

V.A. AKSENOV

MD, PhD, Vice-president of the Public
Interregional Organization "Society
of specialists in evidence-based medicine"

Managing Editor

E.V. KONOVAL-SHOROKHOVA

EDITORIAL OFFICE:

4, Academician Oparin Street, Moscow,
Russia 117997

Telephone: (495) 438-69-46

E-mail: aig@oparina4.ru

The journal is registered by the Federal Service
for Supervision of Communications, Information
Technology, and Mass Media (Roskomnadzor)
PI No FS77-36074, April 23, 2009

EDITORIAL COUNCIL:

E.N. BAYBARINA, prof., MD (Moscow)
N.V. BASHMAKOVA, prof., MD (Ekaterinburg)
A.V. DEGTAREVA, prof., MD (Moscow)
A.E. DONNIKOV, PhD (Moscow)
R.M. ESAYAN, PhD (Moscow)
S.N. ZANKO, prof., MD (Vitebsk)
V.V. ZUBKOV, MD (Moscow)
T.S. KACHALINA, prof., MD (N. Novgorod)
V.V. KOVALEV, prof., MD (Ekaterinburg)
E.A. KOGAN, prof., MD (Moscow)
I.N. KOSTIN, prof., MD (Moscow)
A.M. KRASNYI, PhD (Moscow)
Sh.M. KURBANOV, prof., MD (Dushanbe)
V.N. LOKSHIN, prof., MD (Almaty)
A.I. MALYSHKINA, prof., MD (Ivanovo)
G.B. MALGINA, MD (Ekaterinburg)
B.I. MEDVEDEV, prof., MD (Chelyabinsk)
T.A. NAZARENKO, prof., MD (Moscow)
M.A. NIKOLAEVA, PhD (Moscow)
S.V. PAVLOVICH, PhD (Moscow)
O.G. PEKAREV, prof., MD (Moscow)
A.G. PENZHONAN, Prof., MD (Krasnodar)
I.I. RYUMINA, prof., MD (Moscow)
I.A. SALOV, prof., MD (Saratov)
D.N. SILACHEV, PhD (Moscow)
E.V. UVAROVA, corr. member RAS, prof., MD (Moscow)
I.F. FATKULLIN, prof., MD (Kazan)
T.Kh. FATHUDINOV, MD (Moscow)
O.S. FILIPPOV, prof., MD (Moscow)
S.V. KHABAROV, prof., MD (Tula)
Z.S. KHODZHAIEVA, prof., MD (Moscow)
S.V. KHOKHLOVA, MD (Moscow)
G.E. CHERNUKHA, prof., MD (Moscow)
E.L. YAROTSKAYA, prof., MD (Moscow)
A. GRAZIOTTIN, prof. (Milan, Italy)
J. VILLAR, prof. (Kirkcaldy, United Kingdom)
S. KENNEDY, prof. (Oxford, United Kingdom)
T. MAHMOOD, prof. (Oxford, United Kingdom)
G.C. DI RENZO, prof. (Perugia, Italy)
V. SENIKAS, prof. (Ottawa, Canada)
J. SCIARRA, prof. (Chicago, USA)

The journal is included in the list of Russian peer-reviewed scientific journals in which major scientific results of dissertations for the degree of doctor and candidate of sciences should be published. RISC impact factor: 5 years – 0.862, 2 years – 1.183.

The journal is presented in the following international publications: Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Experta Medica; Ulrich's International Periodical Directory; included in EBSO products; presented in Russian Science Citation Index, Emerging Sources Citation Index; included in SCOPUS database.

FOUNDERS

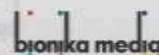
National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology
and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov
of Ministry of Healthcare of Russian Federation
(member of Association of Science Editors and Publishers)

Russian Society of Obstetricians and Gynecologists

Journal Obstetrics and Gynecology (Moscow) member of
Committee on Publication Ethics (COPE), WAME

Date of issue 20.09.2021

Format 60×90 1/8. Printed pages 16. Printed at LLC «Borus-Print». Printing 10 000 copies. Address: 115201, Moscow, 1st Kotlyakovsky Lane, 3, floor 1, room 1/12.
Reprinting and any reproduction of materials and illustrations in printed or electronic form is allowed only with written authorization from The Publisher (Bionika Media Ltd.)



PUBLISHER

Bionika Media Ltd.

Address for correspondence:

30/1 bldg. 2 Obrucheva str., Moscow, Russia, 117485

Chairman of the Board of Directors: I.G. Krasivskaya

General manager: O.O. Goryainova

Advertising

Bionika Media Ltd.

Head of the department of advertising in the medical press:

N.I. Divlekeeva

Head of direction Women's health:

Mikhno O.A.

The department of advertising
in the medical press:

A.D. Lukovkina, A.A. Panteleeva

Art Director: M.A. Lyndina

Department of design and page-proofs:

M.N. Grigoryeva,

M.I. Polyakova, A.I. Smirnov

Proof reader – E.V. Seliverstova

Subscription and distribution:

Telephone: (495) 786-25-41

E-mail: podpiska@bionika.ru

Open price

Indexes in Russian Post

IIP282 – half-year subscription

11P282 – 1/2 room 1/12.

СОДЕРЖАНИЕ/CONTENT

Хашукоева А.З., Маркова Э.А., Дугиева М.З., Хлынова С.А., Каранашева А.Х.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА /

Khashukoeva A.Z., Markova E.A., Dugieva M.Z., Khlynova S.A., Karanasheva A.Kh.

ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT

OF BACTERIAL VAGINOSIS 4

Хашукоева А.З., Хлынова С.А., Маркова Э.А., Каранашева А.Х.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ /

Khashukoeva A.Z., Khlynova S.A., Markova E.A., Karanasheva A.Kh.

ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN THE PUBERTY PERIOD 12

Хашукоева А.З., Хлынова С.А., Каранашева А.Х., Маркова Э.А.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО И

ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ /

Khashukoeva A.Z., Khlynova S.A., Karanasheva A.Kh., Markova E.A.

ABNORMAL UTERINE BLEEDING OF REPRODUCTIVE AND

PREMENOPAUSAL PERIODS 20

Якушевская О.В.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ /

Yakushevskaya O.V.

PREMENSTRUAL SYNDROME 28

Хачатурян А.Р., Ярмолинская М.И.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И

ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ /

Khachaturian A.R., Yarmolinskaya M.I.

DIAGNOSTIC AND TREATMENT ALGORITHMS BENIGN DISEASES AND

PRECANCEROUS CERVICAL CANCER 36





А.З. ХАШУКОВА, Э.А. МАРКОВА, М.З. ДУГИЕВА, С.А. ХЛЫНОВА, А.Х. КАРАНАШЕВА

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

A.Z. KHASHUKOVA, E.A. MARKOVA, M.Z. DUGIEVA, S.A. KHLYNova, A.KH. KARANASHEVA

ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

Бактериальный вагиноз (БВ) — один из основных этиологических факторов нарушения нормального микробиоценоза влагалищного тракта у женщин репродуктивного возраста [1–3]. При возникающем дисбалансе вагинальной микрофлоры происходит замещение симбионтных *Lactobacillus spp.* на различные виды условно-патогенных облигатных анаэробов в отсутствие локальной воспалительной реакции [4, 5]. Тема не теряет своей актуальности вследствие высокой частоты данной патологии и наличия большого количества клинических протоколов и рекомендаций по терапии бактериального вагиноза. Остается много вопросов, открытых для обсуждения, ввиду появления новых препаратов на фармакологическом рынке РФ и попыток усовершенствования существующих схем терапии.

Коды по МКБ-10

Международная классификация болезней 10-го пересмотра предусматривает следующий вариант кодирования [6]:

N89 Другие невоспалительные болезни влагалища.

По данным разных авторов, БВ имеет синонимы, такие как анаэробный вагиноз, неспецифический вагиноз, лактобациллез, аминокольпит, вагинальный дисмикробизм, дисбактериоз влагалища, гарднереллез [7].

Эпидемиология

БВ — распространенная патология во всех возрастных периодах жизни женщины. Клинически может реализоваться до наступления менархе, а также в период постменопаузального перехода и в постменопаузе [7]. Распространенность БВ в разных странах может варьироваться от 20 до 60% [8].

Этиология и патогенез

В настоящее время этиология БВ неизвестна. Установлено, что БВ характеризуется чрезмерным ростом условно-патогенных бактерий и снижением уровня лактобактерий. Микрофлора при БВ представлена совокупностью микроорганизмов, таких как *Bacteroides/Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Veillonella spp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Megasphaera*, *Leptotrichia spp.*, и ряд других [7, 9–12]. Конкретный возбудитель и предиктор БВ не определяются. Данная патология — это полимикробный синдром, связанный с изменением состава вагинальной микрофлоры и возникающим ее видовым разнообразием. Такие

изменения микробиома вагинального тракта связаны с определенными факторами риска, ассоциированными с возникновением БВ.

Предрасполагающие факторы риска, связанные с БВ [13]:

1. Сексуальная активность и анамнез (характер половой жизни, количество половых партнеров и их пол, использование секс-игрушек, частота вагинальных половых актов, частая смена партнера, оральный и анальный секс, наличие бактериальных ИППП в анамнезе).
2. Прием контрацептивов, использование внутриматочной контрацепции, пессариев, спермицидов.
3. Антибактериальная терапия (риск потери лактобацилл).
4. Особенности расовой и этнической принадлежности.
5. Особенности менструального цикла и его нарушения.
6. Низкий уровень образования.
7. Гормональные изменения (развитие гипоестрогении).
8. Интравагинальные манипуляции (гигиена влагалища): спринцевания, очищения или промывание влагалища.
9. Беременность в анамнезе (изменение вагинального состава микрофлоры).

Клиническая картина БВ:

- обильные выделения с «аминным запахом» белого цвета с пузырьками газа, усиливающиеся после коитуса или использования мыльных растворов;
- диспареуния;
- жжение, зуд, раздражение вульвы.

Диагностика

Для верификации диагноза применяют критерии R. Amsel et al. [14]. Необходимо наличие не менее чем трех из четырех критериев:

- влагалищные выделения густые и гомогенные по своей консистенции с неприятным «аминным» запахом;
- изменение значений вагинального pH > 4,5 (кольпо-тест — измерение pH влагалищной жидкости с помощью индикаторных полосок: показатель кислотности сдвигается в щелочную сторону от 4,5 до 7,5);
- положительный результат аминотеста (определение летучих аминов — появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле отделяемого вагинального тракта с 10%-ным раствором гидроксида калия в равных пропорциях);
- наличие «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании мазка, взятого со слизистой влагалища.

Лабораторные методы исследования [15]:

1. Микроскопическое исследование нативных и/или окрашенных по Граму биологических материалов (соскоб эпителия влагалища, шейки матки), полученных из верхней трети боковых сводов влагалища, в которых обнаруживаются «ключевые клетки», слущенные эпителиальные клетки влагалища с адгезированной на них условно-патогенной флорой.

2. Молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК микроорганизмов (ПЦР в реальном времени), с использованием тест-систем (Фемофлор-17, «ДНК-Технологии», Россия) имеют важное диагностическое значение для выявления высоких концентраций БВ-ассоциированных микроорганизмов. При этом качественное обнаружение *G. vaginalis*, *A. vaginae* и/или *Mobiluncus spp.* методом молекулярно-генетического анализа не дает оснований для подтверждения диагноза БВ.

3. Культуральное исследование не применяется как рутинный метод, но при наличии показаний для определения видового и количественного состава микрофлоры влагалища (оценка изменений микробиоценоза вагинального тракта), характерного для БВ, это исследование рекомендуется провести.

При частых клинических реализациях БВ (рецидивы) показаны консультации смежных специалистов (гинеколога-эндокринолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога) с целью исключения сопутствующих заболеваний, содействующих изменениям нормальной экосистемы влагалища.

Принципы терапии бактериального вагиноза и методы лечения [4, 19, 20]

Стандартная схема фармакотерапии применима в отношении небеременных пациенток репродуктивного возраста, беременных во II и III триместрах беременности, а также в отношении женщин в менопаузальном периоде.

Элиминация повышенного количества анаэробных микроорганизмов — первый этап в лечении. Клинический эффект обеспечивается назначением этиотропных препаратов группы 5-нитроимидазола или клиндамицина, сопоставимых по своей эффективности [16–18]. Предпочтение рекомендуется отдавать местной терапии.

Метронидазол по 500 мг *per os* 2 раза в день в течение 7 дней, или метронидазол 0,75%-ный гель один полный аппликатор (5 г) интравагинально однократно в течение 5 дней, или клиндамицин 2%-ный вагинальный крем один полный аппликатор (5 г) однократно на ночь в течение 7 дней.

Вторым этапом лечения БВ является восстановление кислого pH влагалища (pH=4,5) с использованием вагинальных пробиотиков. Доказаны целесообразность и эффективность применения живых лактобактерий для терапии БВ с целью восстановления микробиоценоза влагалища [19].

Лактобактерии (*Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35*) по 1 вагинальной капсуле 2 раза в день в течение 7 дней или по 1 вагинальной капсуле 1 раз в день в течение 14 дней, или лактобактерии ацидофильные (*Lactobacillus acidophilus*) по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в день в течение 5–10 дней, или лактобактерии ацидофильные (*Lactobacillus acidophilus* + Суперлимфлайф) (Ацилакт DUO) в форме дозированного крема применять 1–2 раза в сутки в течение 10 дней с повторением курса в течение 3–4 месяцев с интервалом 10–20 дней.

У женщин в менопаузальном периоде (физиологическая, хирургическая или медикаментозная менопауза) наблюдаются изменения в микробиоценозе влагалища: снижение титра лактофлоры в сочетании с присутствием в вагинальном содержимом отдельных парабазальных клеток, что может считаться признаком нарастания атрофических процессов в слизистой оболочке влагалища вследствие прогрессирующего эстрогенного дефицита [1, 7, 12, 20]. Женщинам в периоде менопаузы с целью коррекции гипоестрогении показано назначение лекарственных форм с эстриолом: *Lactobacillus acidophilus*, эстриол по 1–2 суппозитории вагинально 6–12 дней или *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini*, эстриол 0,2 мг, прогестерон 2 мг по 1–2 капсулы вагинально в течение 20 дней. Учитывая, что в ряде случаев назначение гормональной терапии противопоказано, препаратом выбора является Лактобактерии ацидофильные (*Lactobacillus acidophilus* + Суперлимфлайф) (Ацилакт DUO) в форме дозированного крема. Данная терапия будет оптимальной и эффективной для назначения этой категории пациенток.

В отношении беременных во II и III триместрах рекомендуется обязательное проведение терапии БВ по стандартной схеме для уменьшения частоты возможных осложнений беременности и ее неблагоприятных исходов.

После антибиотикотерапии и в качестве профилактики рецидивов при хроническом течении БВ возможно назначение иммуномодулирующей терапии, которая позволяет снижать частоту возникновения повторных эпизодов БВ [17, 21]. С этой целью рекомендовано назначение свечей Суперлимф 10 ЕД по 1 суппозиторию 1 раз в день 10 дней (вагинально или ректально). Допускаются повторные курсы в количестве одного через 2–3 месяца. Локальная цитокиноterapia препаратом «Суперлимф» способствует нормализации работы факторов иммунитета слизистой оболочки вагинального тракта за счет модулирования экспрессии генов факторов врожденного иммунитета [22]. Исходом проведенной цитокинотерапии является положительная экспрессия факторов местного иммунитета и улучшение резистентности организма женщины: нормализация микробиоценоза влагалища.

Беременным женщинам с БВ в I триместре беременности также рекомендовано проведение терапии по альтернативной схеме. Метронидазол и клиндамицин разрешены только со II триместра беременности.

Контроль излеченности следует провести через 14 дней–1 месяц после окончания лечения.

Тактика ведения и лечения пациенток с бактериальным вагинозом

Алгоритм тактики ведения пациенток с БВ представлен на рисунке 1.

Алгоритм выбора медикаментозной терапии при БВ представлен на рисунке 2.

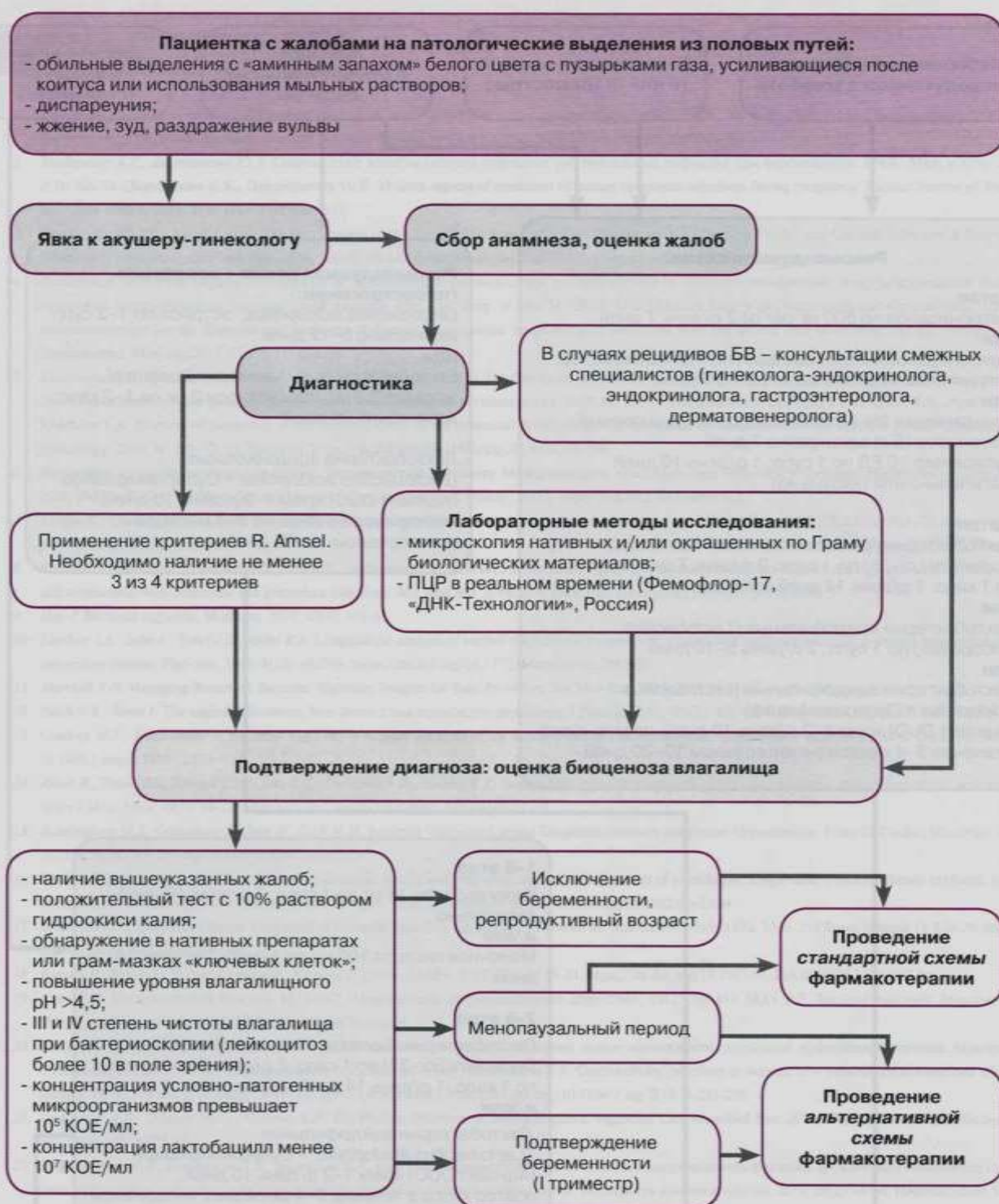


Рис. 1. Тактика ведения пациенток с БВ

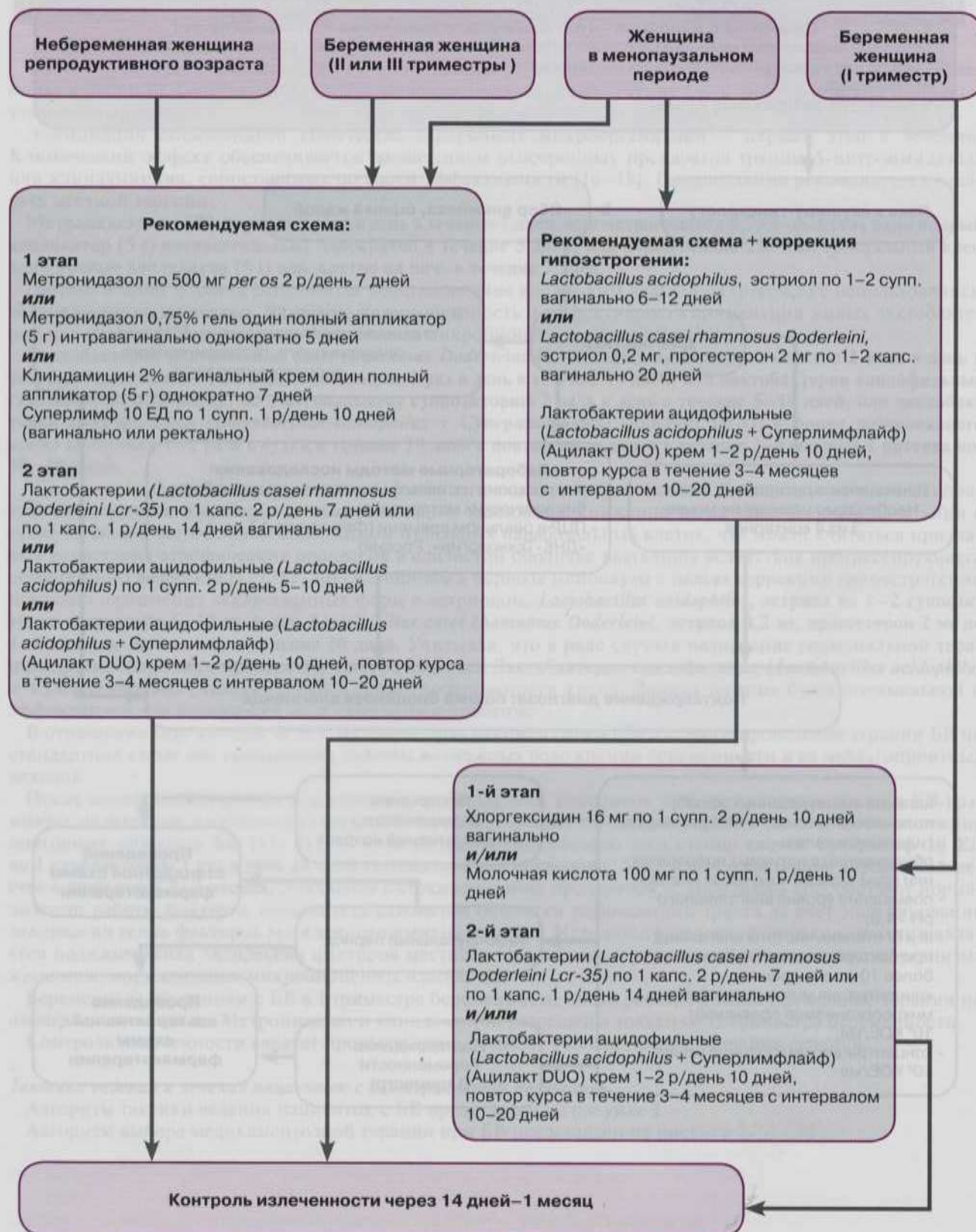


Рис. 2. Алгоритм выбора медикаментозной терапии при БВ

Литература/References

1. Илина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. Бактериальный вагиноз. Возможные пути решения проблемы. *РМЖ*. 2020; 11: 75-8. [Irina I.Yu., Dobrokhotova Yu.E. Bacterial vaginosis. Possible ways to solve the problem. *Russian Medical Journal*. 2020; 11: 75-8 (in Russian)].
2. Бондаренко К.Р., Доброхотова Ю.Э. Современные аспекты лечения отдельных урогенитальных инфекций при беременности. *РМЖ. Мать и дитя*. 2019; 2(3): 168-72. [Bondarenko K.R., Dobrokhotova Yu.E. Modern aspects of treatment of certain urogenital infections during pregnancy. *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2019; 2(3): 168-72 (in Russian)].
3. Zemmouri C., Wi T.E., Kiarie J. et al. The Performance of the Vaginal Discharge Syndromic Management in Treating Vaginal and Cervical Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016; 11(10): e0163365. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0163365>.
4. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: 2019. 57 с. [Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of diseases accompanied by pathological secretions from the genital tract of women. 2nd ed., corrected and supplemented. Moscow; 2019. 57 p. (in Russian)].
5. Хашукоева А.З., Илина И.Ю., Агаева З.А., Агаева М.Н., Хлынова С.А. Особенности коррекции иммунного статуса в терапии инфекционно-воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы. *Акушерство и гинекология*. 2019; 10: 188-93. [Khashukoeva A.Z., Ilyina I.Yu., Agaeva Z.A., Agaeva M.N., Khlynova S.A. Features of correction of the immune status in the treatment of infectious and inflammatory diseases of the reproductive system. *Obstetrics and gynecology*. 2019; 10: 188-93. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.10.188-193>.
6. Всемирная организация здравоохранения. Одиннадцатый пересмотр Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. 2018. [WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). 2018]. <https://icd.who.int/browse11/1>.
7. Kenyon C., Colebunders R., Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 209(6): 505-23. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.05.006>.
8. Bautista C.T., Wurapa E., Saterin W.B., Morris S., Hollingsworth B., Sanchez J.L. Bacterial vaginosis: a synthesis of the literature on etiology, prevalence, risk factors, and relationship with chlamydia and gonorrhea infections. *Mil Med Res*. 2016; 3: 4. <https://dx.doi.org/10.1186/s40779-016-0074-5>.
9. Hay P. Bacterial vaginosis. *Medicine*. 2014; 42(7): 359-63.
10. Lambert J.A., John S., Sobel J.D., Akins R.A. Longitudinal analysis of vaginal microbiome dynamics in women with recurrent bacterial vaginosis: recognition of the conversion process. *PloS one*. 2013; 8(12): e82599. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0082599>.
11. Marshall A.O. Managing Recurrent Bacterial Vaginosis: Insights for Busy Providers. *Sex Med Rev*. 2015; 3(2): 88-92. Doi: 10.1002/smrv.45.
12. Smith S.B., Ravel J. The vaginal microbiota, host defence and reproductive physiology. *J Physiol*. 2017; 595(2): 451-63. <https://dx.doi.org/10.1113/JP271694>.
13. Coudray M.S., Madhivanan P. Bacterial Vaginosis – A Brief Synopsis of the Literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020; 245: 143-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.035>.
14. Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A., Chen K.C., Eschenbach D., Holmes K.K. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Amer J Med*. 1983; 74(1): 14-22. [https://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(83\)91112-9](https://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(83)91112-9).
15. Redelinghuys M.J., Geldenhuys J., Jung H., Kock M.M. Bacterial Vaginosis: Current Diagnostic Avenues and Future Opportunities. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020; 10: 354. <https://dx.doi.org/10.3389/fcimb.2020.00354>.
16. Pentikis H.S., Adetoro N., Kaufman G. In vitro metabolic profile and drug-drug interaction assessment of secnidazole, a high-dose 5-nitroimidazole antibiotic for the treatment of bacterial vaginosis. *Pharmacol Res Perspect*. 2020; 8(4): e00634. <https://dx.doi.org/10.1002/prp2.634>.
17. Bradshaw C.S., Sobel J.D. Current Treatment of Bacterial Vaginosis-Limitations and Need for Innovation. *J Infect Dis*. 2016; 214 Suppl 1(Suppl 1): S14-20. <https://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiw159>.
18. Bagnall P., Rizzolo D. Bacterial vaginosis: A practical review. *JAAPA*. 2017; 30(12): 15-21. <https://dx.doi.org/10.1097/01JAA.0000526770.60197.f4>.
19. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2012: 388-413. [Kira E.F. Bacterial vaginosis. Moscow: LLC "Medical Information Agency"; 2012: 388-413. (in Russian)].
20. Хашукоева А.З., Хлынова С.А., Керчелаева С.Б. Мочеполовые инфекции у женщин: новые возможности сочетанной эффективной терапии. *Акушерство и гинекология*. 2019; 11: 221-5. [Khashukoeva A.Z., Khlynova S.A., Kerschelaeva S.B. Genitourinary infections in women: new possibilities of combined effective therapy. *Obstetrics and gynecology*. 2019; 11: 221-5. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.11.221-225>.
21. Onderdonk A.B., Delaney M.L., Fichorova R.N. The Human Microbiome during Bacterial Vaginosis. *Clin Microbiol Rev*. 2016; 29(2): 223-38. <https://dx.doi.org/10.1128/CMR.00075-15>.
22. Доброхотова Ю.Э., Ганковская Л.В., Боровкова Е.И. и др. Колонизационная резистентность и напряженность факторов врожденного иммунитета слизистых влагалища у пациенток с хроническим эндометритом. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2019; 18(2): 48-56. [Dobrokhotova Yu.E., Gankovskaya L.V., Borovkova E.I. et al. Colonization resistance and intensity of factors of innate immunity of vaginal mucosa in patients with chronic endometritis. *Questions of gynaecology, obstetrics and perinatology*. 2019; 18(2): 48-56. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.20953/1726-1678-2019-2-48-56>.

Сведения об авторах:

Хашукоева Асият Зульфировна, д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(916)340-38-13, azk05@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7591-6281>, 129226, Россия, Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16.
Маркова Элеонора Александровна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(915)275-25-60, markova.eleonora@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>, 105187, Россия, Москва, ул. Фуртуновская, д. 1.
Дугиева Мадина Заудиновна, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(916)157-07-09, dugieva@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5187-9607>, 129226, Россия, Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16.

Хлынова Светлана Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7-926-280-63-67, doc-khlinova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1554-3633>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.
Каранашева Альбина Хасанбиевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(925)542-32-00, kar.albina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3410-2059>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.

Authors' information:

Asiyat Z. Khashukoeva, Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(916)340-38-13, azk05@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7591-6281>, 129226, Russia, Moscow, 1st Leonova str., 16.
Eleonora A. Markova, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(915)275-25-60, markova.eleonora@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.
Madina Z. Dugieva, Dr. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(916)157-07-09, dugieva@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5187-9607>, 129226, Russia, Moscow, 1st Leonova str., 16.
Svetlana A. Khlynova, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7 (499)166-97-41, +7(926)280-63-67, doc-khlinova@mail.ru, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.
Albina Kh. Karanasheva, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(925)542-32-00, kar.albina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3410-2059>, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.

СУПЕРЛИМФ®

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ КОМПЛЕКС АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ И ЦИТОКИНОВ

ЛОКАЛЬНАЯ ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

- 20 ЛЕТ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
- 12 ЛЕТ УСПЕШНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
- БОЛЕЕ 150 НАУЧНЫХ РАБОТ (WWW.DISSERCART.COM)

- Обладает прямым противобактериальным и противовирусным действием**.
- Быстро ликвидирует воспаление, активирует репаративные процессы, предупреждает грубое рубцевание, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы.***
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*****



ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

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

*Суперлимф® применяется в составе комплексной терапии при лечении герпетических заболеваний урогенитального тракта, в том числе осложненных бактериальной и вирусными инфекциями. **Суперлимф® обладает прямым противобактериальным и противовирусным действием. ***Суперлимф® способствует быстрому ликвидации воспаления, активации репаративных процессов, предупреждению грубого рубцевания, стимулированию локальных клеточных и гуморальных механизмов. ****Суперлимф® способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*.



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

Больше информации на сайте
www.superlimf.ru



+++++
+++++
+++++
+++++
+++++
+++++

А.З. ХАШУКОВА, С.А. ХЛЫНОВА, Э.А. МАРКОВА, А.Х. КАРАНАШЕВА

**АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ**ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

A.Z. KHASHUKOVA, S.A. KHLYNova, E.A. MARKOVA, A.KH. KARANASHEVA

ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN THE PUBERTY PERIOD

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – это любое отклонение менструального цикла от нормы, включающее изменения регулярности и частоты менструаций, продолжительности кровотечения или количества теряемой крови [1].

Коды по МКБ-10

Международная классификация болезней 10-го пересмотра предусматривает следующие варианты кодирования:

- N84.0 Полип тела матки.
- N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия.
- N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия.
- D25 Лейомиома матки.
- D25.0 Подслизистая лейомиома матки.
- D25.1 Интрамуральная лейомиома матки.
- D25.2 Субсерозная лейомиома матки.
- D25.9 Лейомиома матки неуточненная.
- N92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле.
- N92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле.
- N92.2 Обильные менструации в пубертатном возрасте.
- N92.3 Овуляторные кровотечения.
- N92.4 Обильные кровотечения в предменопаузном периоде.
- N93.0 Посткоитальные или контактные кровотечения.
- N93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища.

По данным разных авторов, частота встречаемости данной патологии среди пациенток гинекологического профиля составляет: у подростков в первые 2 года после наступления менархе до 37% случаев, у женщин репродуктивного возраста от 17 до 24% случаев, до 50–60% в перименопаузальном периоде, достигая максимальных значений в постменопаузе [2]. По данным ряда популяционных исследований, распространенность АМК достигает 35%. Такие различия в частоте встречаемости обусловлены определенными особенностями патогенеза маточных кровотечений в разные периоды жизни женщины [2, 3].

АМК пубертатного периода – патологические кровотечения, обусловленные функциональными или структурными изменениями эндо- и миометрия у девочек-подростков с возраста менархе до 17 лет включительно [4, 5].

Терминология и классификация

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП) – кровотечения из матки, не соответствующие параметрам нормальной регулярной менструации (5–80 мл/4–8 сут/каждые 21–45 дней), вызывающие физический и психический дискомфорт у девочек-подростков с возраста менархе до 17 лет включительно [6, 7].

МКБ-10 предусматривает следующие варианты кодирования:

- N92.2 Обильные менструации в пубертатном возрасте.

Официально принятой международной классификации маточных кровотечений пубертатного периода не существует.

В соответствии с основной причиной, вызвавшей кровотечение, эксперты рабочей группы FIGO предложили использовать классификационную систему PALM–COEIN.

Клиническая картина

АМК возникает из тела и шейки матки, но не из влагалища и вульвы.

Острое АМК в пубертатном периоде:

- эпизоды обильного (интенсивного) кровотечения, требующие срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери;
- может возникнуть на фоне выраженного физического или эмоционального дискомфорта;
- тяжелое менструальное кровотечение, более обильное по объему и/или длительности.

Хроническое АМК в пубертатном периоде:

- аномальное по объему, регулярности и/или частоте маточное кровотечение, которое наблюдается в последние 6 месяцев;
- нерегулярные и длительные менструальные кровотечения.

Межменструальное маточное кровотечение в пубертатном периоде:

- возникает между четко предсказуемыми сроками циклического менструального кровотечения.

Диагностика

Диагноз АМК ПП является клиническим и устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных пациента, клинико-функционального обследования [8–10].

1. Сбор анамнеза и оценка жалоб:

- интенсивность и длительность кровяных выделений из половых путей;
- наличие болей внизу живота, в том числе в дни кровотечения;
- ранние симптомы беременности;
- сопутствующие проявления анемии;
- уточнение и наличие указаний на патологии системы гемостаза, аутоиммунные, эндокринные и злокачественные заболевания у родственниц 1–2-й степени родства;
- перенесенные и сопутствующие системные и эндокринные заболевания;
- репродуктивный анамнез у сексуально активных подростков;
- виды и продолжительность медикаментозного и немедикаментозного лечения, если установлено хроническое АМК ПП;
- пищевые приверженности;
- виды увлечений и профессиональных занятий;
- выявление факторов риска и проявлений девиантного поведения, стрессорных факторов;
- становление (возраст менархе) и характер менструальной функции.

2. Общий соматический осмотр, физикальное обследование:

- соматоскопия, осмотр состояния кожных покровов;
- контроль АД, частоты пульса;
- определение гармоничности физического и полового развития (сопоставление по шкале Таннера с возрастными нормативами).

3. Гинекологический осмотр:

- вагиноскопия (в случае VIRGO);
- стандартное гинекологическое исследование.

4. Лабораторная диагностика:

- клинический анализ крови, формула крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, креатинин, общий и прямой билирубин, мочевины, ферритин, трансферрин, С-реактивный белок);
- гемостазиограмма (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время и индекс, активированное время рекальцификации, оценка времени кровотечения (по Дукке в норме 2–4 минуты));
- микроскопия мазка (окраска по Граму) и ПЦР-диагностика (хламидиоз, гонорея, вирус простого герпеса, папилломы человека, цитомегаловирус, мико- и уреоплазма в соскобе со стенок влагалища и из цервикального канала) у сексуально активных девочек-подростков;
- хорионический гонадотропин (β -субъединица ХГ);
- скрининг на наследственные коагулопатии (определение фактора Виллебранда, ко-фактора ристоцетина);
- скрининг на эндокринопатии;
- гормональный профиль крови проводится с целью дифференциальной диагностики.

5. Ультразвуковое исследование органов малого таза: трансректальный доступ (после получения информированного согласия в возрасте девочки до 15 лет), абдоминальный доступ с наполнением мочевого пузыря (в случае VIRGO) и/или трансагинальный доступ у сексуально активных девочек-подростков. УЗИ органов малого таза проводится на 3–5-й дни спонтанного или индуцированного препаратом (дидрогестерон) (при задержке очередной менструации более 45 дней) менструального цикла (синхронно с гормональным обследованием).

6. Магнитно-резонансная томография: исключение или наличие порока развития матки, лейомиомы матки, оценка локализации и распространенности генитального эндометриоза – причин АМК ПП, обусловленных PALM.

7. Консультации узких специалистов:

- эндокринолог при подозрении на патологию щитовидной железы (клинические симптомы гипо- или гипертиреоза, диффузное увеличение или узловые образования щитовидной железы при пальпации);
- гематолог при дебюте АМК ПП с менархе, указаниях на частые носовые кровотечения, возникновение петехий и гематом, повышенную кровоточивость при порезах, ранениях и оперативных манипуляциях, выявлении удлинения времени кровотечения;
- фтизиатр при АМК ПП на фоне длительного стойкого субфебрилитета, ациклического характера кровотечений, нередко сопровождающихся болевым синдромом, при отсутствии патогенного инфекционного агента в отделяемом урогенитального тракта, относительном или абсолютном лимфоцитозе в общем анализе крови, положительных результатах туберкулиновой пробы;
- терапевт при АМК ПП на фоне хронических системных заболеваний, в том числе заболеваний почек, печени, легких, сердечно-сосудистой системы и других соматических патологий.

Тактика ведения и лечения пациенток с АМК ПП

Алгоритм тактики ведения и лечения пациенток с АМК ПП представлен на рисунке 1.

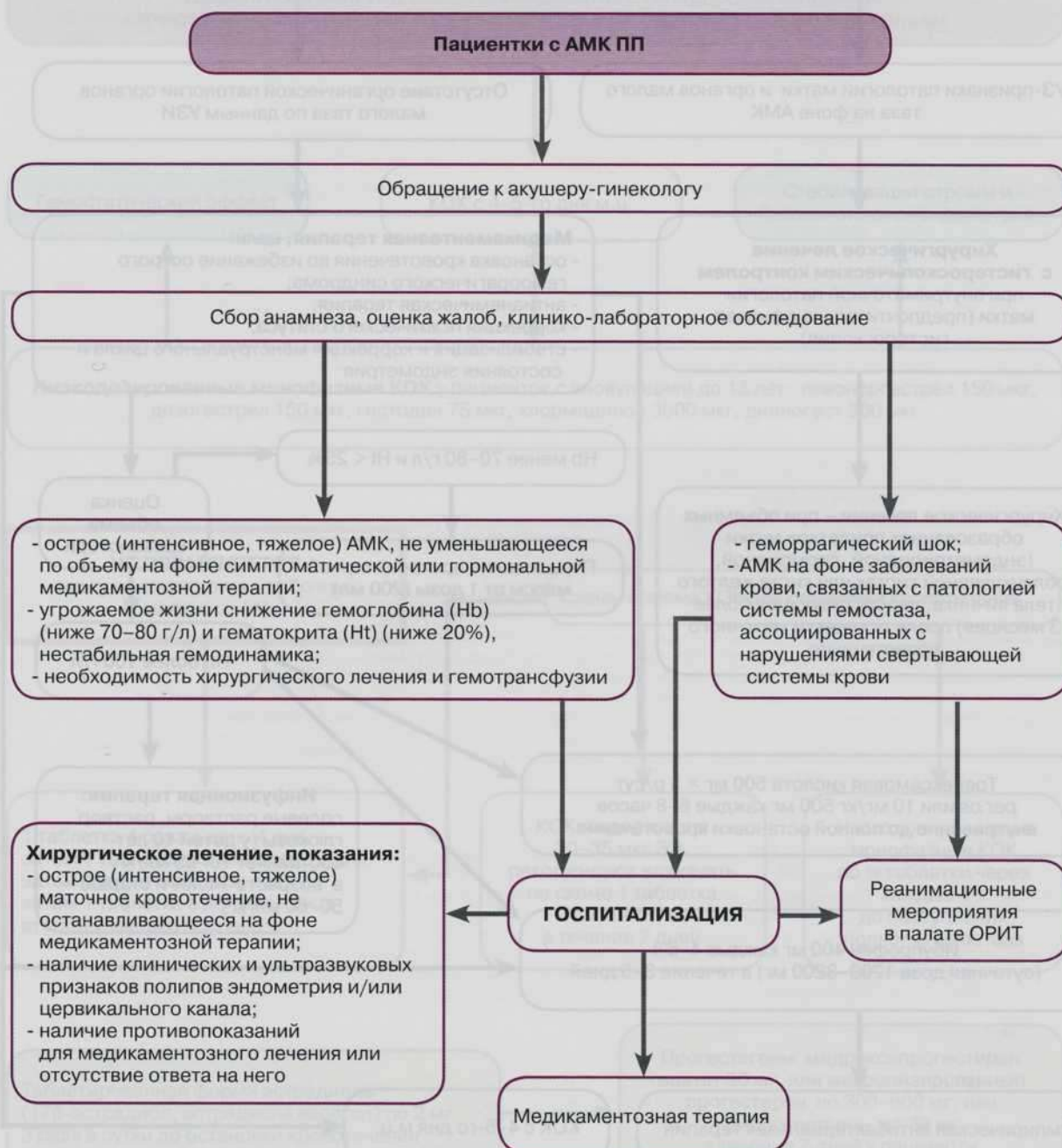


Рис. 1. Тактика ведения и лечения пациенток с АМК ПП

Алгоритм выбора медикаментозной терапии или хирургического лечения пациенток с АМК ПП представлен на рисунке 2.

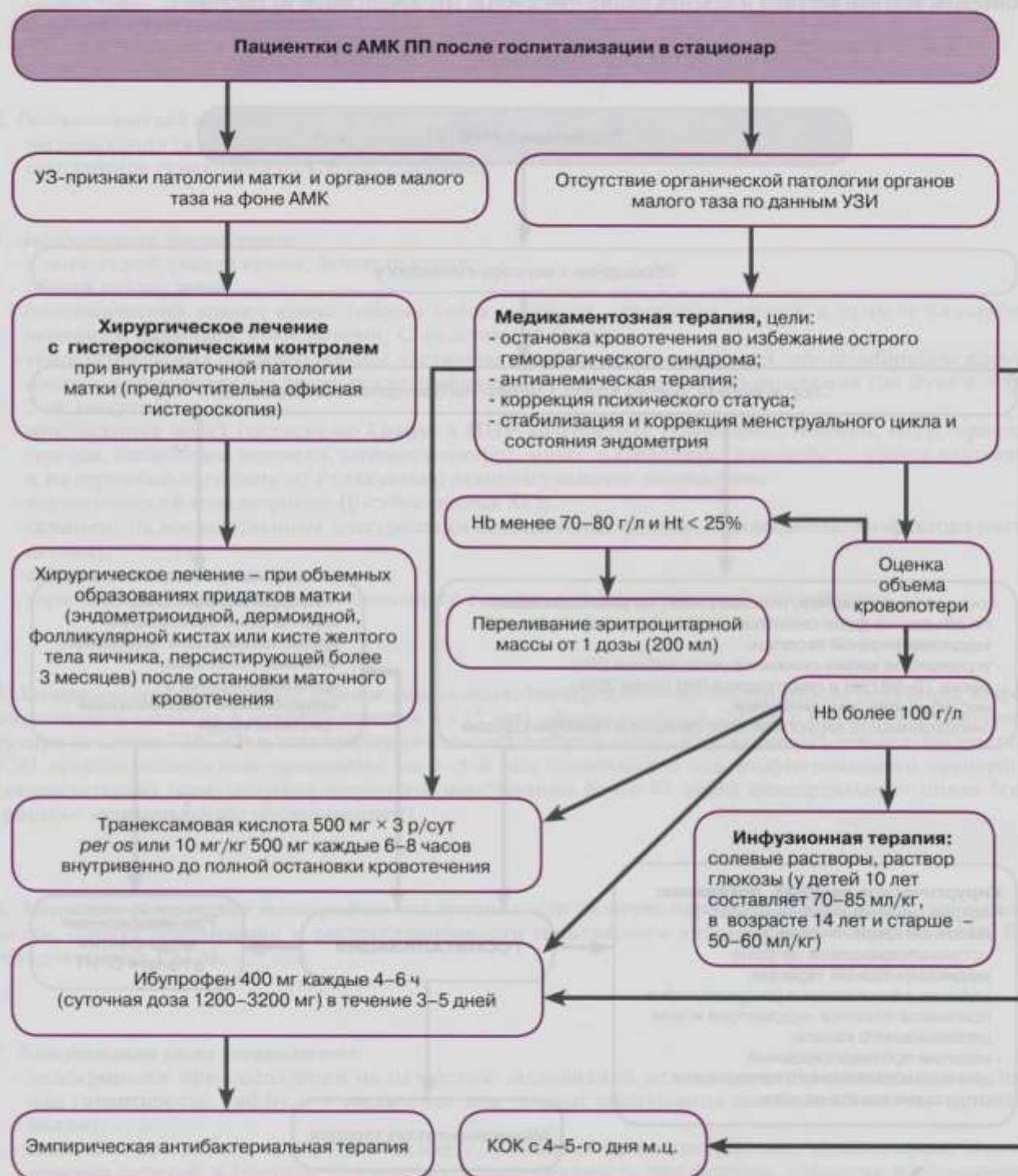


Рис. 2. Алгоритм выбора медикаментозной терапии или хирургического лечения пациенток с АМК ПП

Алгоритм выбора комбинированного орального контрацептива (КОК) с гемостатической целью лечения пациенток с АМК ПП представлен на рисунке 3.

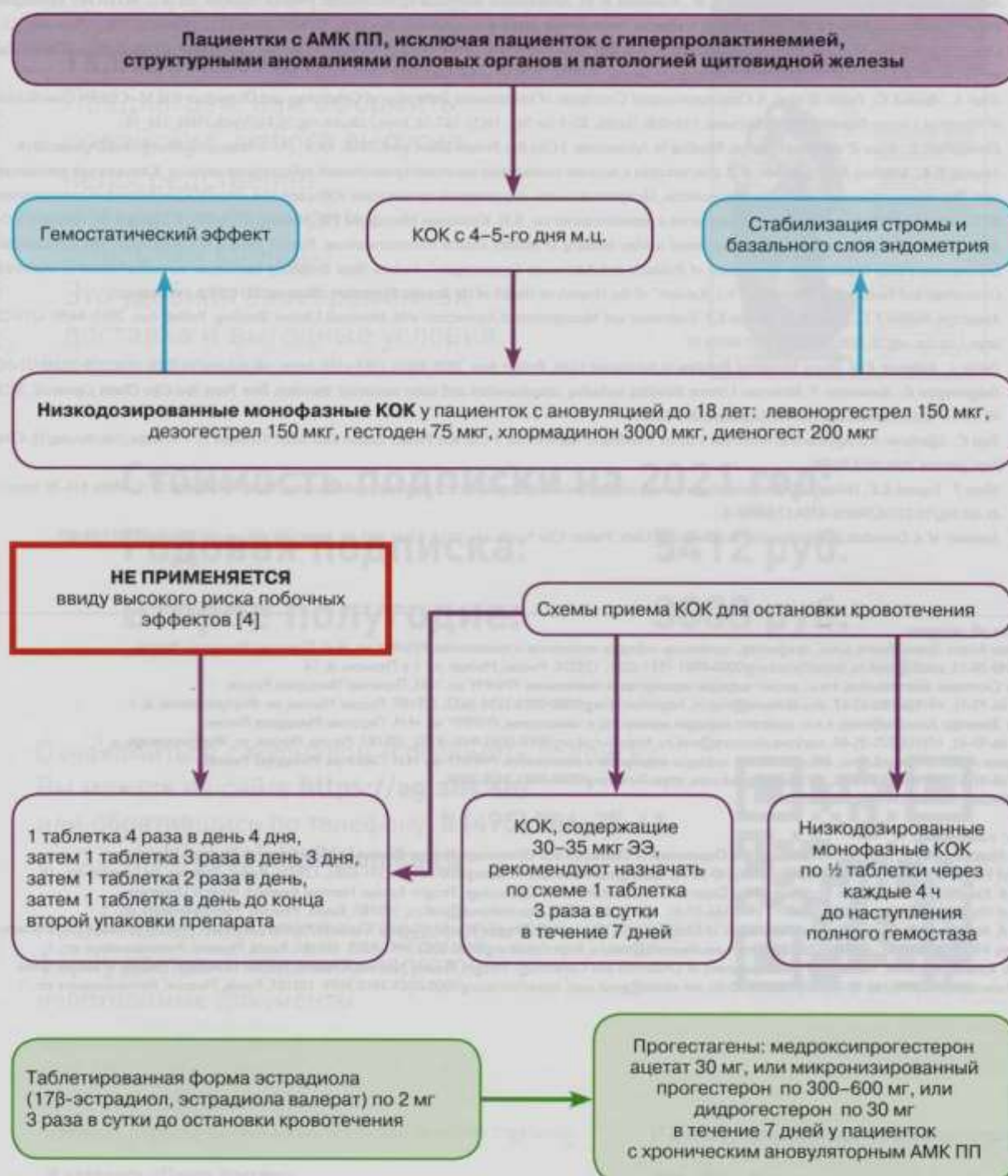


Рис. 3. Алгоритм выбора КОК с гемостатической целью лечения пациенток с АМК ПП

Литература/References

1. Баряева О.Е., Флоренсов В.В., Чертовских М.М., Ахметова М.Ю. Аномальные маточные кровотечения: учебное пособие. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков. Иркутск: ИГМУ; 2020. 61 с. [Baryayeva O.E., Florensov V.V., Chertovskikh M.M., Akhmetova M.Y. Abnormal uterine bleeding: textbook. IGMU of the Ministry of Health of Russia, Department of Obstetrics and Gynecology with a course of gynecology of children and adolescents. Irkutsk: IGMU; 2020. 61 p. (in Russian)].
2. Singh K., Agarwal C., Pujani M. et al. A Clinicopathological Correlation of International Federation of Gynecology and Obstetrics's PALM-COEIN Classification of Abnormal Uterine Bleeding: Indian Scenario. *J Midlife Health*. 2019 Jul-Sep; 10(3): 147-52. https://dx.doi.org/10.4103/jmh.JMH_128_18.
3. Elmaogullari S., Ayvan Z. Abnormal Uterine Bleeding In Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2018; 10(3): 191-7. <https://dx.doi.org/10.4274/jcrpe.0014>.
4. Уварова Е.В., Андреева В.О., Артымук Н.В. Диагностика и лечение аномальных маточных кровотечений пубертатного периода. Клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов, Межрегиональная общественная организация «Объединение детских и подростковых гинекологов», ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ. Москва; 2014. 58 с. [Uvarova E.V., Andreeva V.O., Artyumuk N.V. Diagnosis and treatment of abnormal uterine bleeding in puberty clinical recommendations. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists Interregional Public Organization "Association of Pediatric and Adolescent Gynecologists", Federal State Budgetary Institution "Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V.I. Kulakov" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow; 2014. 58 p. (in Russian)].
5. Kowalczyk Mullins T.L., Miller R.J., Mullins E.S. Evaluation and Management of Adolescents with Abnormal Uterine Bleeding. *Pediatr Ann*. 2015; 44(9): e218-22. <https://dx.doi.org/10.3928/00904481-20150910-09>.
6. Davila J., Alderman E.M. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescent Girls. *Pediatr Ann*. 2020; 49(4): e163-e169. <https://dx.doi.org/10.3928/19382359-20200321-01>.
7. Deligeorgiou E., Karountzos V. Abnormal Uterine Bleeding including coagulopathies and other menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018; 48: 51-61. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.016>.
8. Yaza C., Uğurlucan F.G. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020; 12(Suppl 1): 1-6. <https://dx.doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.50200>.
9. Motta T., Laganà A.S., Valentini G. Differential diagnosis and management of abnormal uterine bleeding in adolescence. *Minerva Ginecol*. 2017; 69(6): 618-30. <https://dx.doi.org/10.23736/S0026-4784.17.04090-4>.
10. Jamieson M.A. Disorders of Menstruation in Adolescent Girls. *Pediatr Clin North Am*. 2015; 62(4): 943-61. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2015.04.007>.

Сведения об авторах:

Хашукова Асият Зульфировна, д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(916)340-38-13, azk05@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7591-6281>, 129226, Россия, Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16.
 Хлынова Светлана Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(926)280-63-67, doc-khlinova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1554-3633>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.
 Маркова Элеонора Александровна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(915)275-25-60, markova.eleonora@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.
 Каранашева Альбина Хасанбиевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(925)542-32-00, kar.albina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3410-2059>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.

Authors' information:

Asiyat Z. Khashukoeva, Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(916)340-38-13, azk05@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7591-6281>, 129226, Russia, Moscow, 1st Leonova str., 16.
 Svetlana A. Khlynova, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(926)280-63-67, doc-khlinova@mail.ru, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.
 Eleonora A. Markova, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(915)275-25-60, markova.eleonora@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.
 Albina Kh. Karanashcheva, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(925)542-32-00, kar.albina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3410-2059>, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.

ПОДПИСКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
**акушерство
гинекология**



Уважаемые читатели!

Предлагаем вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском доме «Бионика Медиа»!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки на 2021 год:

Годовая подписка: 5412 руб.

Второе полугодие: 3003 руб.

Ознакомиться с журналом и оформить подписку Вы можете на сайте <https://ag.ahs.su/> или обратившись по телефону: **8 (495) 786-25-41** и по e-mail: podpiska@bionika.ru

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.



Оформить подписку вы также можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Почта России»
ПР282 Полугодовая

В объединенном каталоге «Пресса России»
38762 Полугодовая

И в альтернативных подписных агентствах:

ООО «Урал Пресс»
<http://www.ural-press.ru>

ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ»
<http://pinform.spb.ru/>



А.З. ХАШУКОЕВА, С.А. ХЛЫНОВА, А.Х. КАРАНАШЕВА, Э.А. МАРКОВА

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

A.Z. KHASHUKOEVA, S.A. KHLYNova, A.KH. KARANASHEVA, E.A. MARKOVA

ABNORMAL UTERINE BLEEDING OF REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL PERIODS

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

Коды по МКБ-10

- N84.0 Полип тела матки.
- N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия.
- N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия
- D25 Лейомиома матки.
- D25.0 Подслизистая лейомиома матки.
- D25.1 Интрамуральная лейомиома матки.
- D25.2 Субсерозная лейомиома матки.
- D25.9 Лейомиома матки неуточненная.
- N92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле.
- N92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле.
- N92.2 Обильные менструации в пубертатном возрасте.
- N92.3 Овуляторные кровотечения.
- N92.4 Обильные кровотечения в предменопаузном периоде.
- N93.0 Посткоитальные или контактные кровотечения.
- N93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища.

Определение

Аномальные маточные кровотечения (АМК) — нарушения менструального цикла, связанные с частотой, регулярностью, продолжительностью и объемом теряемой крови у небеременных пациенток [1].

Классификация FIGO–PALM–COEIN выделяет 9 категорий АМК [2, 3]:

- Polyp (полип);
- Adenomyosis (аденомиоз);
- Leiomyoma (лейомиома);
- Malignancy (малигнизация);
- Hyperplasia (гиперплазия);
- Coagulopathy (коагулопатия);
- Ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция);
- Endometrial (эндометриальное);
- Iatrogenic (ятрогенное);
- Not yet classified (еще не квалифицировано).

Первые 4 категории, в группе PALM, отражают структурные изменения, вторые 4 категории, в группе COEIN, — неорганические причины АМК, не поддающиеся объективизации, и 1 категорию, куда отнесены еще не классифицированные нарушения.

Группа PALM

Полип (АМК-Р): полипы эндометрия и эндоцервикса: железистые, железисто-фиброзные, фиброзные.

Аденомиоз (АМК-А) — включает диффузную и узловую формы.

Гистероскопическая классификация аденомиоза матки (Савельева Г.М., 2001):

I стадия — рельеф стенок не изменен, определяются эндометриоидные ходы в виде темно-синюшных «глазков», кровоточащие. Стенки матки обычной плотности;

II стадия — рельеф стенок неровный. Имеют вид продольных или поперечных хребтов или разволокненных мышечных волокон, выявляются эндометриоидные ходы;

III стадия — по внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без четких контуров, на их поверхности видны эндометриоидные ходы. Поверхность стенки неровная, ребристая, стенки матки плотные.

Лейомиома матки (АМК-Л). Категория лейомиома (L) подразделяется на 2: субмукозная миома (Lsm) и другие формы миомы, не деформирующие полость матки (Lo).

Причиной АМК являются (0–3 типы миом) субмукозные миомы матки и интрамуральная миома матки, прилежащая к эндометрию.

Малигнизация и гиперплазия (АМК-М)

Классификация ВОЗ

- Гиперплазия эндометрия — пролиферация эндометриальных желез без цитологической атипии.
- Простая гиперплазия эндометрия соответствует железисто-кистозной гиперплазии с характерным избыточным ростом преимущественно эпителиального компонента желез.
- Комплексная, или сложная (аденоматоз), гиперплазия соответствует атипической гиперплазии I степени, отличается от простой гиперплазии эндометрия структурной перестройкой желез и пролиферацией желез эпителия.
- Атипическая гиперплазия эндометрия — пролиферация эндометриальных желез с признаками цитологической атипии.
- Простая атипическая гиперплазия эндометрия соответствует атипической гиперплазии эндометрия II степени и отличается выраженной пролиферацией железистого эпителия при отсутствии в нем признаков клеточного и ядерного полиморфизма.
- Комплексная, или сложная, атипическая гиперплазия эндометрия (аденоматоз с атипией) аналогична атипической гиперплазии эндометрия III степени выраженности и имеет признаки клеточного и ядерного полиморфизма наряду с дезорганизацией эпителия эндометриальных желез.

Для диагностики стадии рака эндометрия используется классификация FIGO.

Группа COEIN

- **Коагулопатия (АМК-С)** — болезнь Виллебранда, тромбоцитопатия, острая лейкемия.
- **Овуляторная дисфункция (АМК-О)**, связанная с нарушениями функции желтого тела. Причиной могут явиться эндокринопатии и нарушения ЦНС (синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, гиперпролактинемия, синдром Кушинга, врожденная дисфункция коры надпочечников, гормонально-активная опухоль надпочечника, яичника, ожирение, анорексия, нервно-психическое напряжение, резкая потеря веса, экстремальные спортивные тренировки).
- **Нарушение функции эндометрия (АМК-Е).** Причиной АМК могут быть нарушения рецепции, ангиогенеза, увеличение локального синтеза E2, простагличина, эндотелина-1, ускоренный лизис образующихся во время менструации сгустков крови из-за избыточной продукции активаторов плазминогена. АМК может быть следствием нарушения молекулярных механизмов регенерации эндометрия или воспалительной реакции. Выявлена корреляция АМК с воспалительными заболеваниями, вызванными *Ch. trachomatis*. Категория АМК-Е диагностируется после исключения других существующих нарушений.
- **Ятрогенная категория (АМК-Я).** АМК могут вызвать прием фармакологических средств или использование внутриматочных устройств, оказывающих прямое воздействие на эндометрий и процессы коагуляции, а также системное влияние на механизмы овуляции. Большинство нерегулярных или прорывных маточных кровотечений связано с неправильным приемом стероидных гормонов. При нерегулярном использовании гормональных препаратов снижается блокирующее влияние на фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), что ведет к восстановлению созревания фолликула и к продукции эстрогенов, пролиферации эндометрия и может привести к прорывному кровотечению. Кровотечения «прорыва» бывают чаще у курящих женщин, что связывают со снижением уровня стероидов в кровотоке из-за усиления их мета-

болизма в печени. Лечение антибиотиками (рифампицином, гризеофульвином), антидепрессантами, тамоксифеном, кортикостероидами.

- **Неклассифицируемые АМК (АМК-N).** Характеризуются нарушениями, приводящими к АМК, которые выявляются лишь специфическими биохимическими или молекулярно-биохимическими методами и отнесены в категорию «неклассифицированные».

Клинические проявления маточных кровотечений. АМК могут проявляться регулярными длительными (8 дней и более) и обильными (более 80 мл – гиперполименорея) менструальными кровотечениями. Гиперменорея характерна для аденомиоза, миомы матки с субмукозным расположением узла, функциональных нарушений эндометрия, коагулопатии. Межменструальные кровотечения при регулярном менструальном цикле чаще встречаются при полипах эндометрия, хроническом эндометрите, овуляторной дисфункции. При гиперплазии и раке эндометрия кровяные выделения нерегулярные, длительные и обильные, на фоне задержек менструации [4].

Диагностический алгоритм при аномальном маточном кровотечении:

Диагностический алгоритм при АМК в репродуктивном и перименопаузальном периодах

1. Оценка жалоб с определением синдрома нарушения менструальной функции.

2. Лабораторная диагностика:

- определение уровня ХГ в сыворотке крови у пациенток репродуктивного возраста;
- обследование на наличие анемии (клинический анализ крови);
- коагулограмма (при болезни Виллебранда – определение VIII фактора, кофактора ристоцетина, антигена фактора Виллебранда);
- при подозрении на патологию гемостаза – консультация гематолога;
- гормональное обследование при нерегулярном ритме менструаций и риске гипотиреоза: ТТГ, антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, пролактин, 17-ОН прогестерон, кортизол;
- исследование на инфекции (при высоком инфекционном риске);
- для исключения патологии шейки матки проведение жидкостной цитологии.

3. Трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза проводится на 5–7-й день менструального цикла для оценки состояния эндометрия.

Оценка характера М-эха:

- тонкое однородное М-эхо соответствует полному отторжению функционального слоя эндометрия;
- локальное или равномерное увеличение толщины М-эха расценивается как патология;
- М-эхо оценивают с учетом фазы менструального цикла, не должно превышать 12–15 мм в секреторную фазу. Полипы эндометрия и миомы матки, в том числе субмукозной, диагностируются при трансвагинальном ультразвуковом исследовании органов малого таза.

Ультразвуковая диагностика органов малого таза при аденомиозе выявляет:

- неоднородность структуры миометрия при диффузной и узлы аденомиоза при узловой форме заболевания;
- разницу в толщине передней и задней стенок матки.

4. Гистероскопия и биопсия эндометрия

Лечебная тактика при АМК репродуктивного и перименопаузального периода проводится дифференцированно в зависимости от выявленной патологии [4–6].

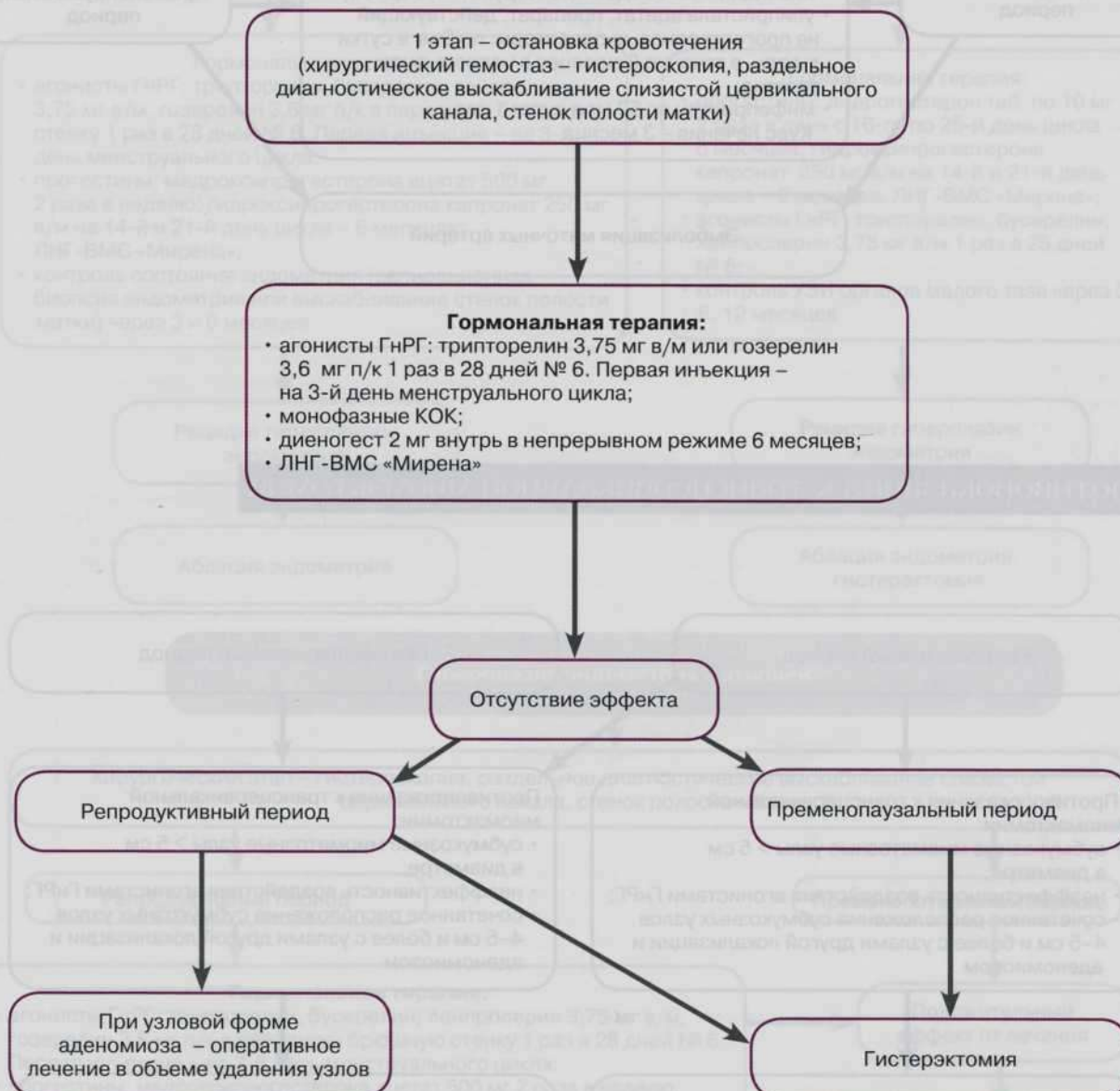
Лечение АМК группы PALM

Полипы матки

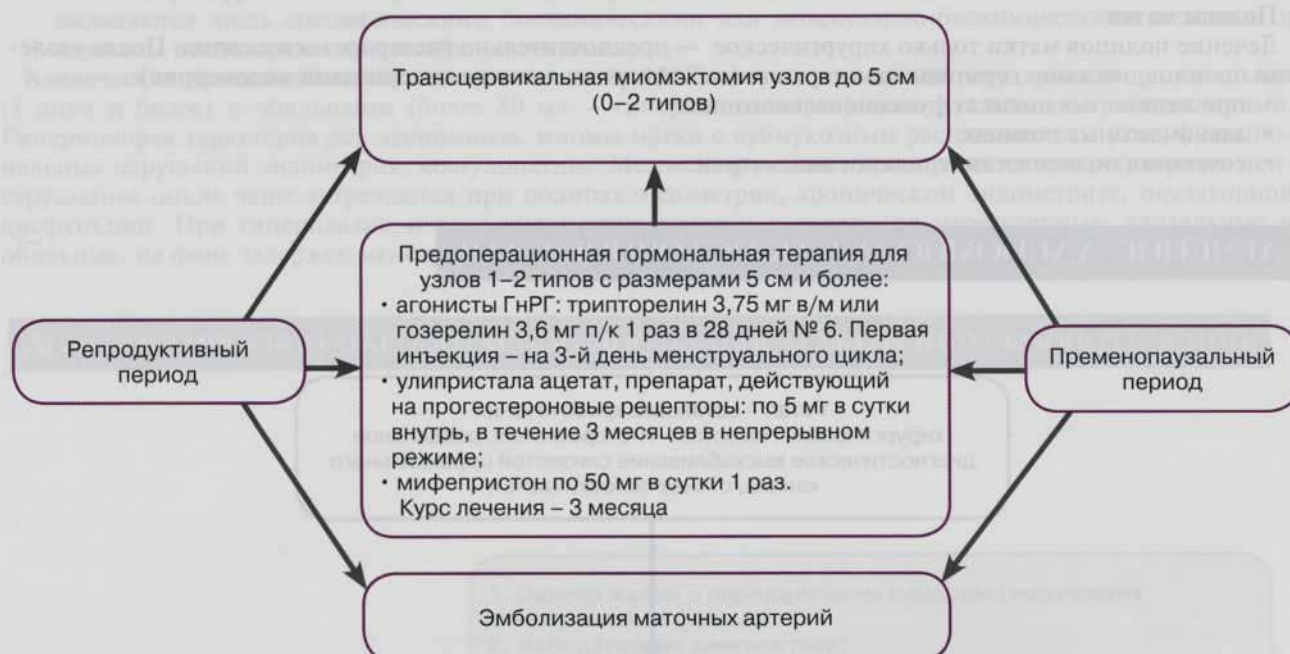
Лечение полипов матки только хирургическое — предпочтительно гистерорезектоскопия. После удаления полипов показана гормональная терапия (см. алгоритм лечения гиперплазии эндометрия):

- при железистых полипах функционального типа;
- аденоматозных полипах;
- сочетании полипов и гиперплазии эндометрия.

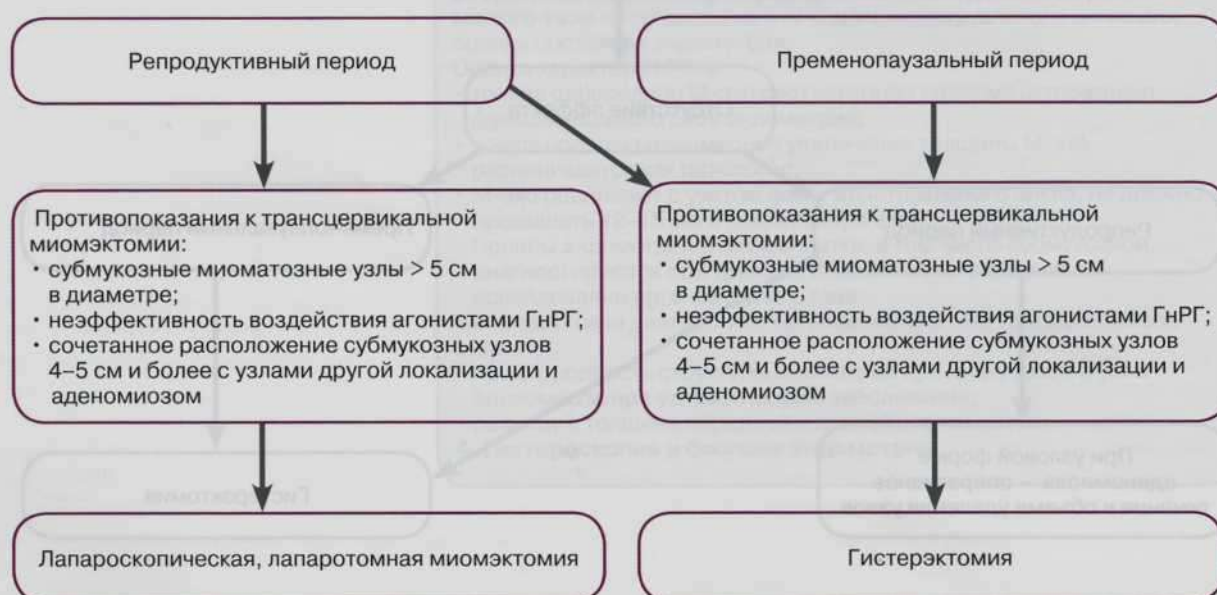
ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМИОЗА КАК ИСТОЧНИКА АМК



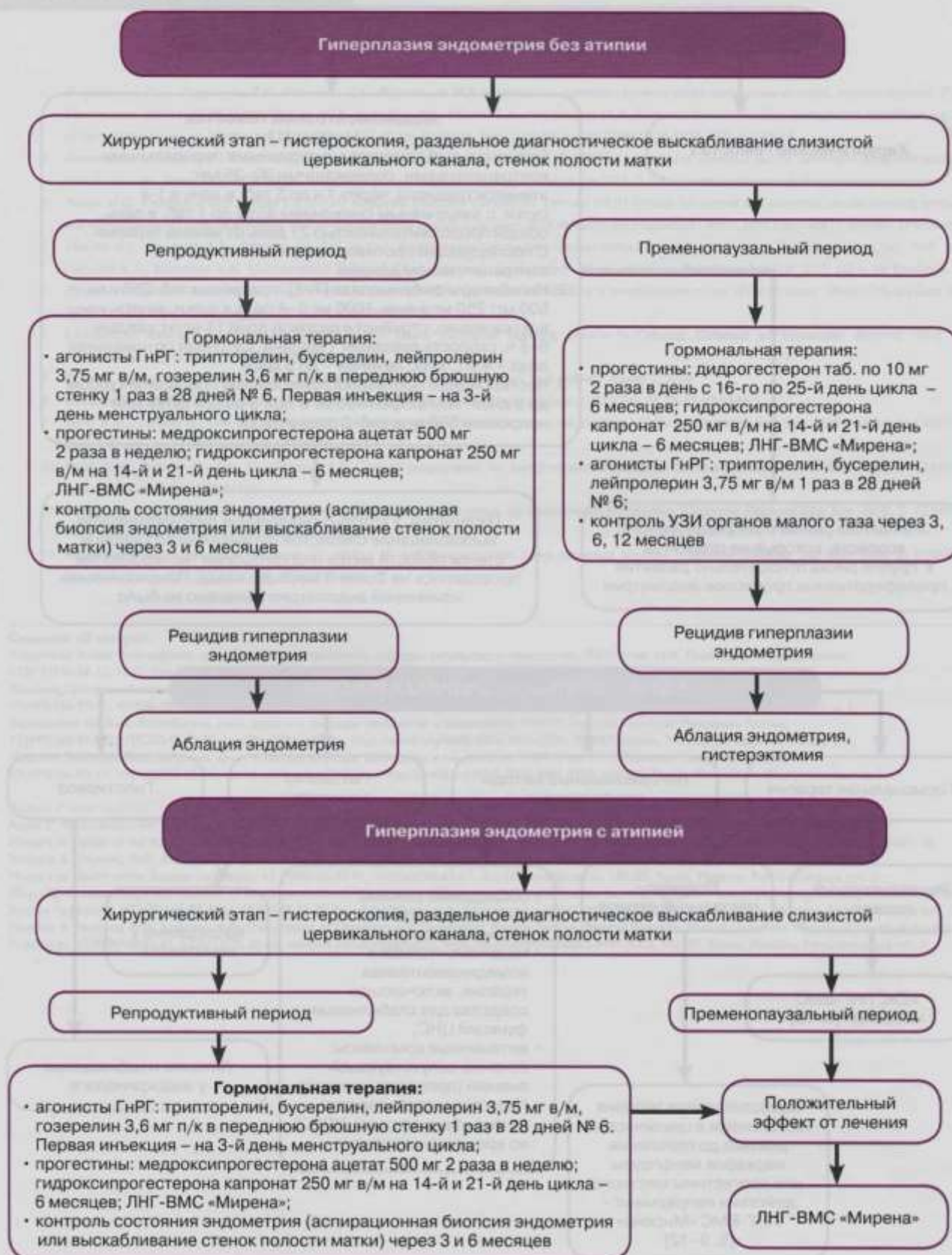
ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ КАК ИСТОЧНИКА АМК



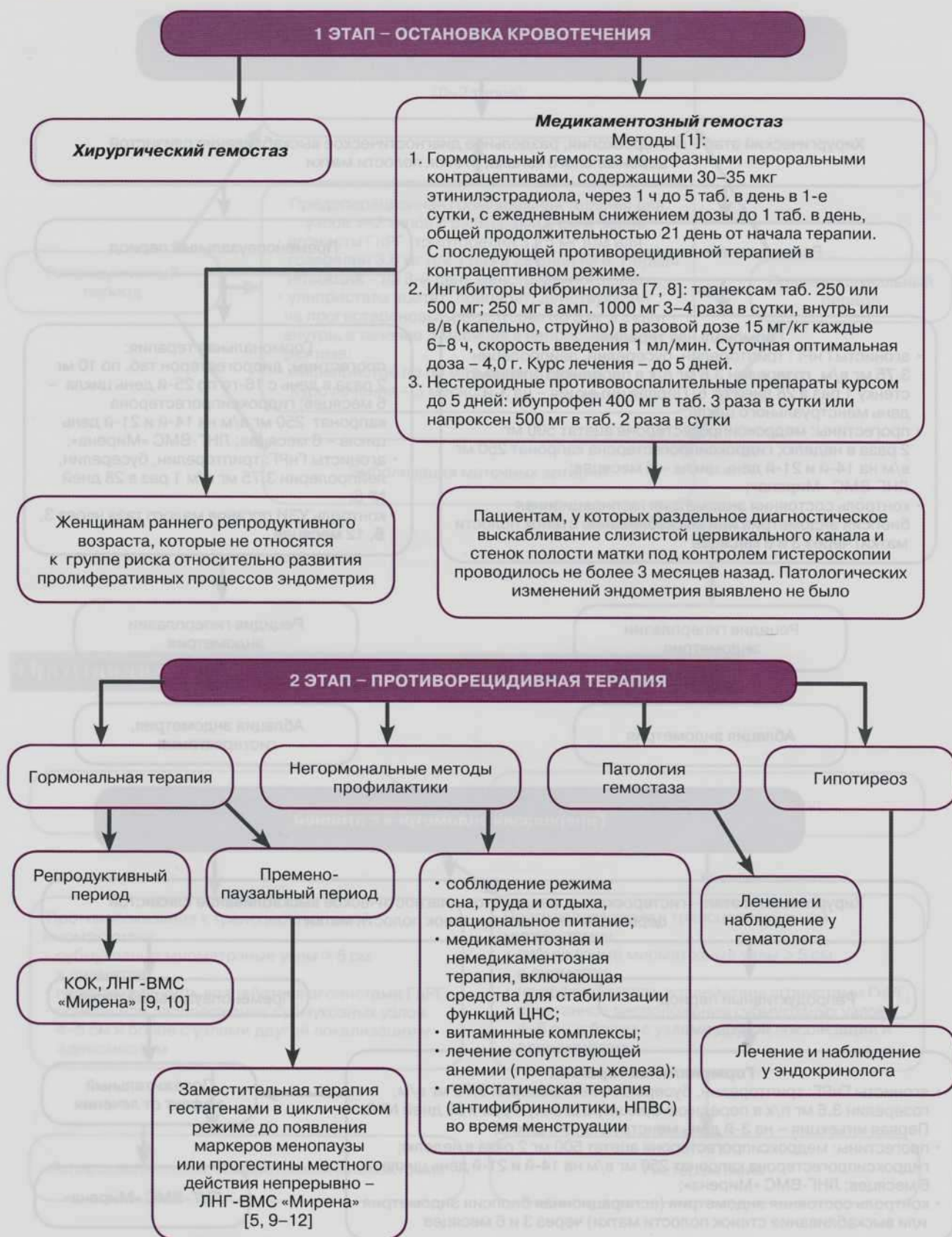
Противопоказания к трансцервикальной миомэктомии



ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ КАК ИСТОЧНИКА АМК



ЛЕЧЕНИЕ АМК ГРУППЫ COEIN



Литература/References

1. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В., Филатова Л.А., Нариманова М.Р. Аномальные маточные кровотечения: алгоритмы ведения, методы терапии. РМЖ. Мать и дитя. 2020; 1: 55-60. [Dobrokhotova Yu.E., Saprykina L.V., Filatova L.A., Narimanova M.R. Abnormal uterine bleeding: management algorithms, methods of therapy. breast cancer. Mother and child. 2020; 1: 55-60. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.32364/2618-8430-2020-3-1-55-60>.
2. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S., Fraser I.S. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Intern J Gynecol Obstet. 2011; 113(1): 3-13. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>.
3. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S. FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Dec; 143(3): 393-408. [PubMed]
4. Шмидт А.А., Безменко А.А., Тайворонских Д.И. [и др.]. Клинические протоколы (гинекология). 3-е изд., доп. Санкт-Петербург: СпецЛит; 2019. 160 с. [Schmidt A.A., Bezmenko A.A., Gaivoronskikh D.I. et al. Clinical protocols (gynecology). 3rd ed., add. Saint Petersburg: SpetsLit; 2019. 160 p. (in Russian)].
5. Bitzer J., Heikinheimo O., Nelson A.L. et al. Medical Management of Heavy Menstrual Bleeding: a comprehensive review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 2015; 70(2): 115-30. <https://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000000155>.
6. Endometrial resection and ablation techniques for heavy menstrual bleeding. Article in Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; (1). <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd001501.pub5>.
7. Davis E., Sparzak P.B. Abnormal uterine bleeding (dysfunctional uterine bleeding). Last updated: August 2, 2019.
8. Whitaker L., Critchley H.O. Abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Jul; 34: 54-65. [PubMed]
9. Boffill R.M., Lethaby A., Low C., Cameron I.T. Cyclic progestogens for severe menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Aug 14; 8: CD001016. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001016.pub3>.
10. Boffill R.M., Lethaby A., Low C., Cameron I.T. Cyclic progestogens for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 8: CD001016. doi: 10.1002/14651858.CD001016.
11. Lethaby A., Wise M.R., Weterings M.A. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 2: CD000154. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000154.pub3>.
12. Bryant-Smith A.C., Lethaby A., Farquhar C., Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 4: CD000249. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000249.pub2>.

Сведения об авторах:

Хашукоева Асият Зулхифовна, д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(916)340-38-13, azk05@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7591-6281>, 129226, Россия, Москва, ул. 1-ая Леонова, д. 16.
Хлынова Светлана Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(926)-280-63-67, doc-khlinova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1554-3633>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.
Каранашева Альбина Хасанбиевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(925)542-32-00, kar.albina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3410-2059>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.
Маркова Элеонора Александровна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, +7(499)166-97-41, +7(915)275-25-60, markova.eleonora@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>, 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1.

Authors' information:

Asiyat Z. Khashukoeva, Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(916)340-38-13, azk05@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7591-6281>, 129226, Russia, Moscow, 1st Leonova str., 16.
Svetlana A. Khlynova, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7 (499)166-97-41, +7(926)280-63-67, doc-khlinova@mail.ru, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.
Albina Kh. Karanashева, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(925)542-32-00, kar.albina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3410-2059>, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.
Eleonora A. Markova, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(499)166-97-41, +7(915)275-25-60, markova.eleonora@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>, 105187, Russia, Moscow, Fortunatovskaya str., 1.

+++++
+++++
+++++
+++++
+++++

О.В. ЯКУШЕВСКАЯ

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

O.V. YAKUSHEVSKAYA

PREMENSTRUAL SYNDROMEAcademician V.I. Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology,
Ministry of Health of Russia, Moscow

Предменструальный синдром (ПМС) (код по МКБ-10: N 94.3), также синдром предменструального напряжения, предменструальная болезнь, циклический синдром, — сложный циклический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни (за 2–12 дней до менструации) и характеризующийся различными соматическими, нейropsychическими, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, как правило, отрицательно сказывающимися на привычном образе и качестве жизни женщин. Распространенность ПМС достигает 3–30%, а доля предменструальных дисфорических расстройств (ПМДР) (т. е. тяжелой формы ПМС) составляет 5–8%. В настоящее время точные этиологические звенья патогенеза развития ПМС остаются неизвестными. Уровни половых стероидов при ПМС могут оставаться в пределах референсных значений, а их физиологические колебания в течение цикла способствуют развитию неадекватной реакции различных функциональных систем организма. Отсутствие ПМС до полового созревания, в период беременности и в менопаузе подтверждает вовлеченность механизма циклической яичниковой активности.

Диагностические критерии

Решающее значение в лечении ПМС имеет верификация правильного диагноза, которая не должна основываться только на ретроспективном сборе анамнеза и жалоб пациентки. Необходимо в течение 2–3 циклов с помощью специализированных анкет-опросников детализировать все имеющиеся жалобы у пациентки. Национальная ассоциация по исследованию предменструального синдрома (National Association for Premenstrual Syndrome) разработала анкету-опросник по оценке ПМС, которая представлена на веб-сайте NAPS (www.pms.org.uk). На сегодняшний день идентифицировано более 150 симптомов ПМС.

В зависимости от степени тяжести выделяют несколько вариантов ПМС. Для определения степени тяжести каждый симптом должен оцениваться пациенткой от 0 до 3 баллов: 4–21 балл соответствует легкой степени; 22–51 балл — средней степени и 52 балла и более — тяжелой степени.

- Легкая степень (симптомы не нарушают течение личной/социальной и профессиональной жизни).
- Умеренная степень (симптомы нарушают течение личной/социальной и профессиональной жизни на оптимальном уровне).
- Тяжелая степень (отказ от социальной и профессиональной деятельности).
- Предменструальное усиление (неполное облегчение психологических и соматических симптомов ПМС после окончания менструации при наличии сопутствующей патологии).
- ПМДР (критерий, предложенный Американской ассоциацией психиатров).

В 1998 г. в руководстве по диагностике и статистике психических расстройств, которое было разработано и опубликовано Американской ассоциацией психиатров, ПМДР представлено в качестве отдельной нозологической единицы. ПМДР включает 11 симптомов (10 психоэмоциональных и 1 поведенческий симптом).

В 2008 г. эксперты Международного общества по предменструальным расстройствам представили унифицированный вариант классификации и диагностики данного состояния, включающий основные и дополнительные симптомы. Кроме того, в зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют следующие клинические формы ПМС:

- психовегетативная (раздражительность, депрессия, плаксивость, обидчивость, агрессивность, сонливость, забывчивость и т. д.);
- отежная (отежность, пастозность различных частей тела при положительном диурезе);
- цефалгическая (головная боль, приступы мигрени);
- кризовая (панические атаки, сопровождающиеся повышением артериального давления, ощущением сдавления за грудиной, похолоданием и онемением конечностей и т. д.);
- атипичная (гипертермия, офтальмоплегия, гиперсомния, циклическая аллергия и т. д.).

Уровень компенсации определяется в зависимости от прогрессирования симптомов ПМС: *компенсация* – симптомы ПМС с возрастом не прогрессируют и прекращаются с наступлением менопаузы; *субкомпенсация* – усугубление тяжести симптомов ПМС с возрастом и прекращение их с наступлением менопаузы; *декомпенсация* – продолжение симптомов ПМС даже в течение нескольких дней после менструации и постепенное сокращение «светлых» промежутков.

Современные подходы к терапии предменструального синдрома

В январе 2018 г. на сайте «Британского медицинского журнала» Национальной ассоциацией по ПМС (NAPS—National Association for Premenstrual Syndrome) была опубликована предварительная версия рекомендаций, посвященная основным дифференцированным подходам к коррекции ПМС (www.groupe.bmj.com). В документе продемонстрирован широкий взгляд экспертов на заболевание с акцентом на недавние попытки глобального консенсуса установить его основные дефиниции (табл. 1, рис. 1, 2).

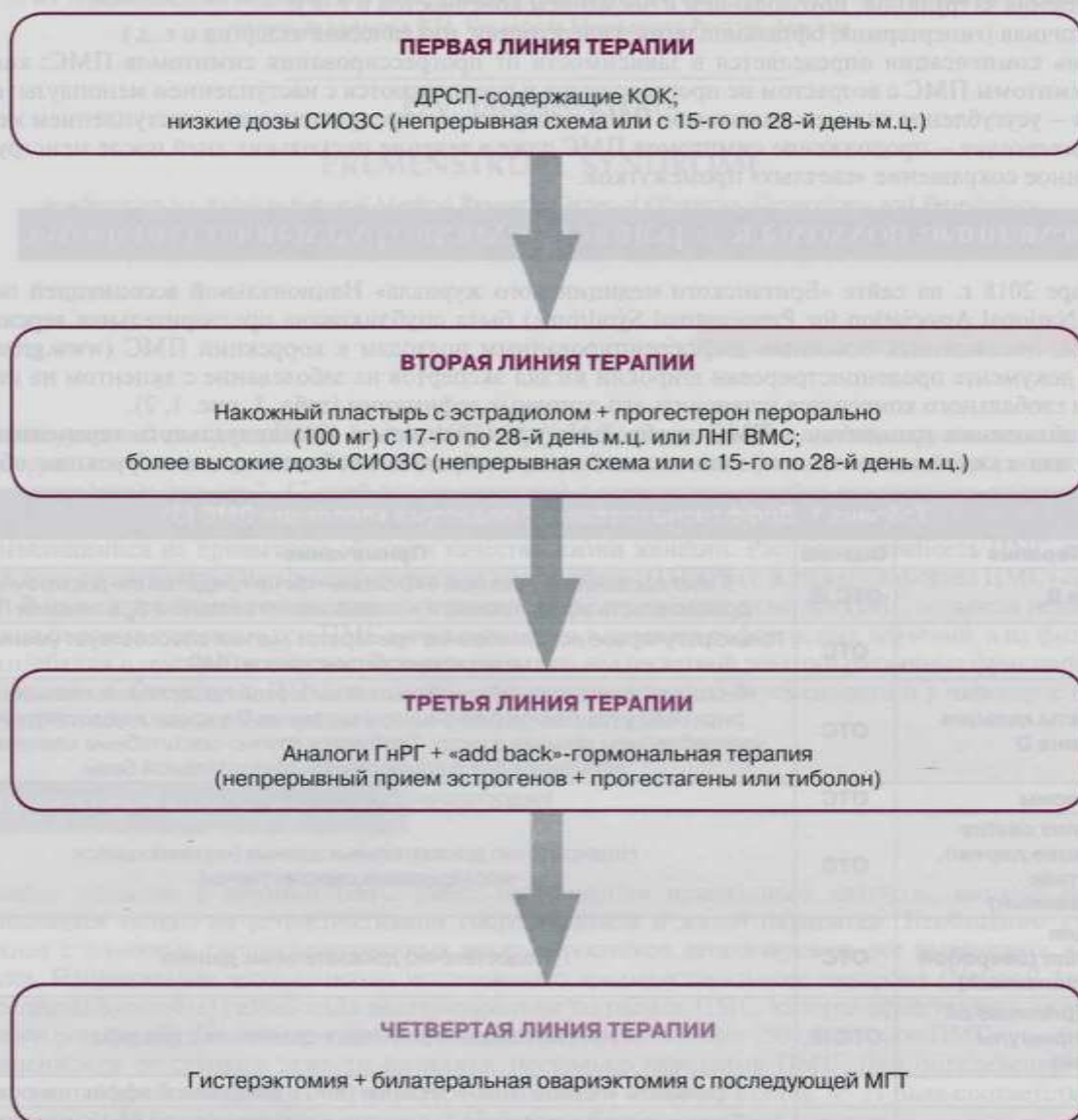
При наблюдении пациенток с ПМС необходимо придерживаться индивидуального терапевтического подхода для каждой пациентки и, конечно же, не пренебрегать необходимостью коррекции образа ее

Таблица 1. Дифференцированные подходы к коррекции ПМС [3]

Терапия	Оценка	Примечание
Витамин В ₆	OTC IS	9 исследований с участием 940 пациенток не представили достаточных доказательств эффективности использования витамина В ₆ в лечении ПМС
Магний	OTC	Только регулярное использование препаратов магния способствует уменьшению выраженности симптомов ПМС
Препараты кальция и витамина D	OTC	Несколько исследований с небольшой выборкой представили повышенный риск ПМС у пациенток с дефицитом витамина D в крови и недостаточным употреблением кальция в пищу. Требуются крупно-масштабные клинические испытания для формирования доказательной базы
Изофлавоны	OTC	Недостаточно доказательных данных
<i>Vitex Agnus castus</i> (авраамово дерево, или прутняк обыкновенный)	OTC	Недостаточно доказательных данных (но имеющиеся исследования перспективны)
<i>Hypericum perforatum</i> (зверобой продырявленный)	OTC	Недостаточно доказательных данных
<i>Evening primrose oil</i> (масло примулы вечерней)	OTC IE	Нет достоверной разницы в сравнении с плацебо
КОК	*	Препараты «первой линии» терапии ПМС с доказанной эффективностью
Трансдермальные эстрогены	*	Трансдермальные эстрогены в сочетании с гестагенами эффективны для коррекции симптомов ПМС в сравнении с плацебо, но не обеспечивают контрацептивного действия
Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона	HS	Рекомендованы для коррекции тяжелой степени ПМС
Прогестерон/прогестагены	IE/IE	Данные относительно эффективности либо отсутствуют, либо противоречивы
Гистерэктомия с придатками	HS	Окончательный метод подавления овуляции, но в связи с большим количеством осложнений в практике применяется достаточно редко
СИОЗС	*	Следует рассматривать как один из вариантов первой линии коррекции ПМС

Примечание. СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; OTC (Over the counter medications) – лекарственное средство, назначаемое без рецепта; IS (Not recommended, insufficient evidence for safety) – не рекомендовано, нет доказательной базы в отношении безопасности; IE (Not recommended, insufficient evidence for efficacy) – не рекомендовано, нет доказательной базы в отношении эффективности; * – достаточно доказательных данных, чтобы использовать в клинической практике; HS (Recommended for hospital specialist use) – рекомендовано для использования клиницистами.

жизни. Женщины, в зависимости от специфичности симптомокомплекса ПМС, нуждаются в многопрофильном подходе к решению данной проблемы. И конечно, каждый специалист должен контролировать эффективность назначенной терапии по анкетам-опросникам или дневникам симптомов.



Примечание. ДРСП – дроспиренон; СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; ЛНГ ВМС – левоноргестрел-содержащая внутриматочная спираль; ГнРГ – гонадотропин-рилизинг-гормон; МГТ – менопаузальная гормональная терапия; «add back» терапия – назначение препаратов, подавляющих побочные эффекты основного вида лечения, в т. ч. и до начала основной терапии; м.ц. – менструальный цикл.

Рис. 1. Алгоритмы лечения предменструального синдрома в зависимости от степени тяжести (вариант 1)

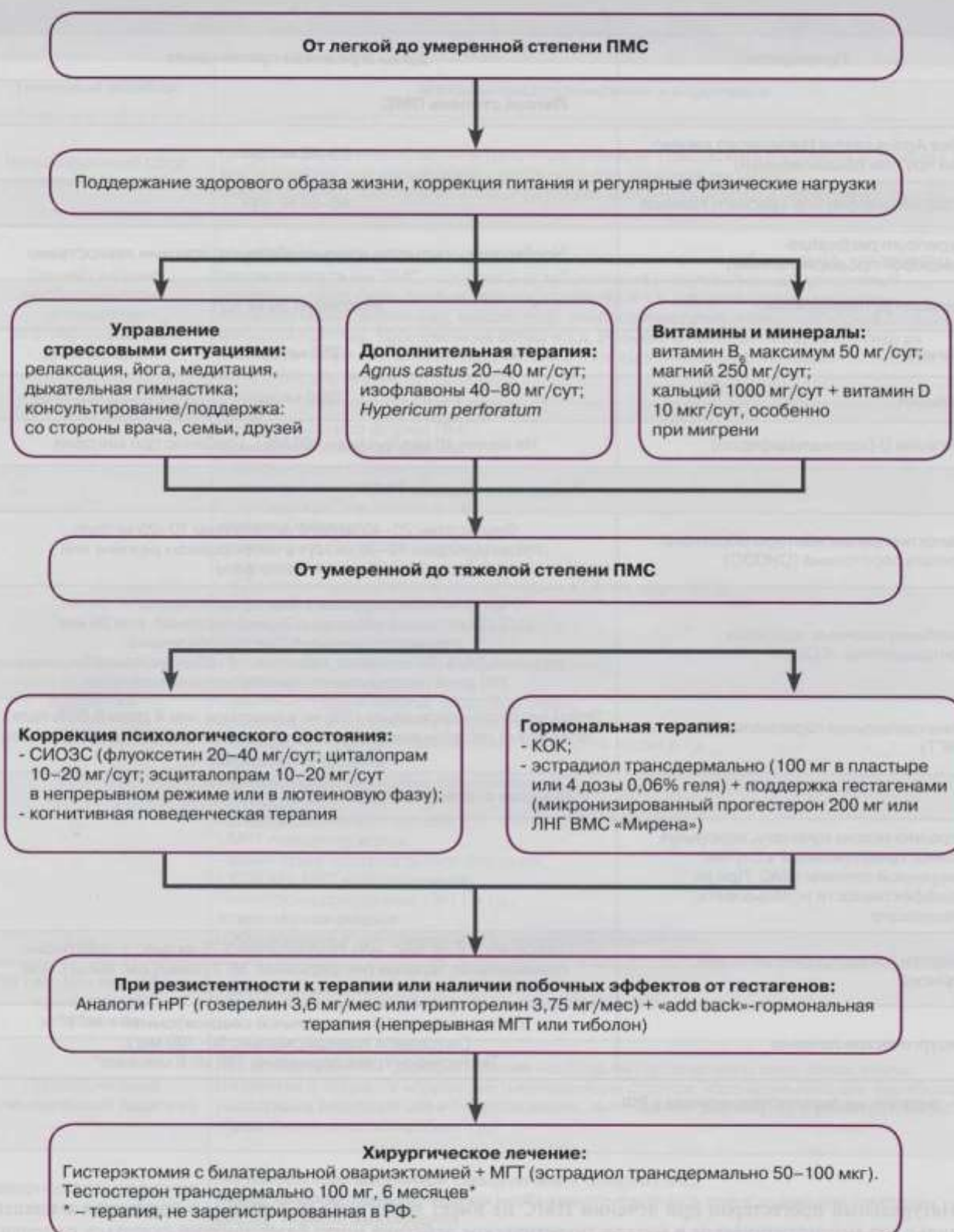


Рис. 2. Алгоритмы лечения предменструального синдрома в зависимости от степени тяжести (вариант 2)

Таблица 2. Рекомендуемые схемы терапии ПМС

Препараты	Дозы и режимы применения
Легкая степень ПМС	
<i>Vitex Agnus castus</i> (авраамово дерево, или прутняк обыкновенный)	20–40 мг/сут
Изофлавоны сои или красного клевера	40–80 мг/сут
<i>Hypericum perforatum</i> (зверобой продырявленный)	Необходимо учитывать взаимодействие с другими лекарствами
Витамин В ₆ (пиридоксин)	Максимум 50 мг/сут
Магний	250 мг/сут
Кальций	1000 мг/сут
Витамин D (холекальциферол)	Не менее 10 мкг/сут (или 400 МЕ), особенно при мигрени
Умеренная степень ПМС	
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	Флуоксетин 20–40 мг/сут; циталопрам 10–20 мг/сут; эсциталопрам 10–20 мг/сут в непрерывном режиме или в лютеиновую фазу
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	30 мкг этинилэстрадиола + 3 мг дроспиренона по схеме 21/7 (21 активная таблетка и 7 дней перерыв), или 20 мкг этинилэстрадиола + 3 мг дроспиренона по схеме 24/4 (24 активных таблеток + 4 таблетки плацебо), или 120 дней непрерывного приема активных таблеток
Менопаузальная гормональная терапия (МГТ)	Эстрадиол трансдермально (100 мг в пластыре или 4 дозы 0,06% геля) + поддержка гестагенами (микронизированный прогестерон 200 мг или ЛНГ ВМС «Мирена»)
Тяжелая степень ПМС	
Терапию можно начинать, используя схемы, предложенные в случае умеренной степени ПМС. При их неэффективности использовать следующие	
Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона	Гозерелин 3,6 мг/мес, или трипторелин 3,75 мг/мес + «add back»-гормональная терапия (непрерывная МГТ (схему см. выше), или тиболон 2,5 мг/сут
Хирургическое лечение	Гистерэктомия с билатеральной овариэктомией + МГТ (эстрадиол трансдермально 50–100 мкг). Тестостерон трансдермально 100 мг, 6 месяцев*

* – терапия, не зарегистрированная в РФ.

Натуральный прогестерон при лечении ПМС не имеет значительной разницы в сравнении с плацебо. Однако его анксиолитическое и мягкое диуретическое действия могут благоприятно сказаться на течении ПМС. Синтетические прогестагены в ряде случаев имеют ПМС-подобные побочные эффекты, что ограничивает их использование в лечении ПМС. Имеющиеся исследования по использованию медроксипрогестерона ацетата, этоноргестрела и дезогестрела продемонстрировали неплохие результаты, но требуется продолжить накопление клинического опыта. Таким образом, имеющиеся данные по использованию натурального прогестерона и синтетических прогестагенов достаточно противоречивы.

Таблица 3. Ошибки в терапии предменструального синдрома

Типичные ошибки	Методы предупреждения и коррекции
Неполноценный сбор анамнеза и жалоб	Главное в клинической картине ПМС – цикличность. Предложить пациентке 2–3 цикла вести дневник или использовать опросники для детализации жалоб. Необходимо соотнести стрессовые ситуации в жизни пациентки и имеющиеся жалобы
Пренебрежение необходимостью проведения дифференциальной диагностики	В предменструальные дни ухудшается течение хронических заболеваний, что нередко расценивается как ПМС: психические заболевания (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения, биполярное расстройство и т.д.); другие формы мигрени и головной боли (тензионная, кластерная); заболевания почек, гипертоническая болезнь, феохромоцитома, бронхиальная астма и т.д. Возможно проведение диагностики <i>ex juvantibus</i> путем назначения терапии ПМС. При хроническом заболевании не наступит заметного улучшения
Неверное формирование плана обследования пациентки	В зависимости от формы ПМС: психовегетативная форма: - консультация психоневролога; - эхоэнцефалография (ЭхоЭГ); - рентгенография черепа и т.д.; отечная форма: - измерение диуреза в I и II фазу цикла; - определение выделительной функции почек; - УЗИ молочных желез или маммография в I фазу цикла и т.д.; цефалгическая форма: - консультация невролога, офтальмолога; - ЭхоЭГ, реоэнцефалография (РЭГ); - оценка состояния глазного дна, полей зрения; - МРТ головного мозга; - рентгенография черепа, турецкого седла; - рентгенография шейного отдела позвоночника; - определение уровня пролактина в сыворотке крови и т.д.; «кризовая» форма: - консультация терапевта, невролога; - ЭхоЭГ, РЭГ; - оценка состояния глазного дна, полей зрения; - МРТ головного мозга; - мониторинг артериального давления; - УЗИ или МРТ надпочечников; - электрокардиограмма (ЭКГ) и т.д.; атипическая форма: обследование в зависимости от клинических проявлений
Тактика при выявлении хронического заболевания	Консультирование другими узкими специалистами при необходимости
Пренебрежение поведенческой терапией	Перед назначением фармакотерапии необходимо проанализировать образ жизни пациентки и провести коррекцию (минимизация стресса, коррекция питания, выработка распорядка периодов сна и бодрствования, выполнение физических и релаксирующих упражнений, занятие хобби и т.д.)
Неверное формирование плана лечения	Несоответствие выбранной схемы лечения тяжести ПМС. Перед началом фармакотерапии необходимо определить преобладающие симптомы, форму, тяжесть заболевания
Несвоевременная оценка эффективности терапии	Оценивать эффективность терапии следует в течение 1–3 месяцев (в зависимости от схемы лечения) с помощью опросников. Преждевременная оценка (до наступления терапевтического эффекта) может способствовать частой смене терапии. При неэффективности терапии более 3 месяцев необходим ее пересмотр

Литература/References

1. Panay N. Management of premenstrual syndrome. Downloaded from <http://srh.bmj.com> on January 17, 2018. Published by group.bmj.com.
2. Panay N. Treatment of premenstrual syndrome: a decision-making algorithm. *Menopause Int.* 2012; 18(2): 90-2. <https://dx.doi.org/10.1258/mi.2012.012019>.
3. Panay N., Craig M. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 48 on Management of Premenstrual Syndrome. *BJOG.* 2017; 124: e73.
4. King S. Premenstrual Syndrome (PMS) and the Myth of the Irrational Female. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies.* 2020: 287-302.
5. Nevatte T., O'Brien P.M.S., Bäckström T., Brown C., Dennerstein L. et al. ISPM consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health.* 2013; 16(4): 279-91. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0346-y>.

Сведения об авторе:

Якушевская Оксана Владимировна, к.м.н., научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии, НМИЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, +7(495)531-44-44, aluckyone777@gmail.com, <https://orcid.org/0002-7430-1207>, 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

Authors' information:

Oksana V. Yakushevskaya, PhD, Researcher, Academician V.I. Kulakov National Medical Research Centre for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. Ministry of Health of Russia, +7(495)531-44-44, aluckyone777@gmail.com, <https://orcid.org/0002-7430-1207>, 117997, Russia, Moscow, Oparina str. 4.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на второе полугодие 2021 на журналы
издательского дома «Бионика Медиа».



Вы можете узнать подробности и оформить подписку
на сайте: или по телефону :



+7 (495) 786-25-41

А.Р. ХАЧАТУРЯН^{1,2}, М.И. ЯРМОЛИНСКАЯ^{1,3}**АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ**¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»,
Санкт-Петербург²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-ПетербургA.R. KHACHATURIAN^{1,2}, M.I. YARMOLINSKAYA^{1,3}**DIAGNOSTIC AND TREATMENT ALGORITHMS BENIGN DISEASES AND
PRECANCEROUS CERVICAL CANCER**¹D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, St. Petersburg²Saint Petersburg State University, Saint Petersburg³I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

Ведущим этиологическим фактором риска развития предрака и рака шейки матки считается вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ-ВКР) [1, 2], длительная (более 2 лет) персистенция которого является причиной прогрессирования интраэпителиальной неоплазии.

Большая распространенность и социальная значимость, связанная с высокой частотой заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в молодом репродуктивном возрасте, достаточная визуализация формы, длительный период существования предрака, что позволяет с помощью простых, легко воспроизводимых, высокочувствительных и специфичных тестов осуществлять раннюю диагностику и применять своевременное радикальное лечение с сохранением фертильности, — такие особенности рака шейки матки позволяют характеризовать его как полностью соответствующее требованиям к высокоэффективному и экономически целесообразному скринингу [3].

Коды по МКБ-10

N86 Эрозия и эктропион шейки матки, включены декубитальная (трофическая) язва, выворот шейки, исключена связь с воспалительной болезнью шейки матки, в том числе цервицитом, эндоцервицитом, экзоцервицитом (N72).

N87 Дисплазия шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия), исключена карцинома *in situ* шейки матки (D06).

N87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки, цервикальная интраэпителиальная неоплазия I степени (CIN I).

N87.1 Умеренная дисплазия шейки матки, включена цервикальная интраэпителиальная неоплазия II степени (CIN II).

N87.2 Резко выраженная цервикальная дисплазия, не включенная в другие уточненные группы болезней, исключена цервикальная интраэпителиальная неоплазия III степени (CIN III) с и без указания на выраженную дисплазию и карциному *in situ* шейки матки (D06).

N87.9 Цервикальная дисплазия неуточненная.

Современные морфологические классификационные системы

В настоящее время общепринятой цитологической классификацией заболеваний шейки матки является Бетесдинская терминологическая система, пересмотренная в 2014 г. (Terminology Bethesda System, TBS) [4], после чего Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, WHO) и Международное агентство по исследованиям в области рака (МАИР, IARC) утвердили Международную гистологическую классифи-

кацию опухолей женских репродуктивных органов в 4-м издании [5, 6], согласно которой плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (SIL) подразделяют:

- низкая степень (low-grade squamous intraepithelial lesions, LSIL), включают койлоцитоз, плоскую кондилому и CIN I;
- высокая степень (high grade squamous intraepithelial lesions, HSIL), включают CIN II, CIN III и *cancer in situ*.

Клиническая картина

В большей части случаев клинические проявления заболеваний отсутствуют. Редко могут быть «контактные» кровянистые выделения из половых путей, различные по интенсивности [3, 7].

При истинной эрозии шейки матки возможны кровянистые выделения из травмированных сосудов, а при наличии воспаления – бели различных характеристик. При состояниях, относящихся к вариантам нормального строения шейки матки, таких как эктропион и эктопия, а также при лейкоплакии клинические симптомы чаще всего отсутствуют или сопряжены с сопутствующим хроническим цервицитом и не являются патогномоничными [3, 7].

Методы диагностики	Комментарий
Сбор анамнестических данных с целью выявления групп риска (уровень убедительности рекомендаций C)*	* Факторами риска развития SIL являются курение, раннее начало половой жизни, большое число и частая смена половых партнеров, сопутствующие инфекции, передаваемые половым путем (в частности, хламидийная инфекция, генитальный герпес), наличие иммунокомпрометирующих заболеваний (гепатита В, С, ВИЧ), иммуносупрессивная терапия (например, длительный прием глюкокортикоидов), прием комбинированных оральных контрацептивов (на протяжении более 5 лет) [8]. При наличии жалоб на «контактные» кровянистые выделения из половых путей необходимо уточнить их длительность, наличие в анамнезе хирургических вмешательств на шейке матки, папилломавирусной инфекции, оценить результаты ранее проведенного цервикального скрининга [9]
Физикальное обследование	
Рекомендуется всем пациенткам проведение осмотра влагалища и шейки матки в зеркалах [5] (уровень убедительности рекомендаций C)*	*Визуальный осмотр не позволяет диагностировать интраэпителиальные поражения, но необходим для оценки состояния наружных половых органов и промежности, слизистых влагалища и шейки матки, а также с целью получения материала для лабораторных исследований
Лабораторные методы исследования	
Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса с использованием различных методов окраски (традиционная цитология с обязательным применением окраски по Г. Папаниколау, жидкостная цитология предпочтительно с автоматизированной системой оценки результатов)*. Рекомендуется проведение цитологического исследования всем женщинам в возрасте от 21** до 65 лет с интервалом: 3 года (в возрасте 21–29 лет) и 5 лет (у ВПЧ-негативных женщин в возрасте 30–65 лет)*** [10–12] (уровень убедительности рекомендаций A)	*Следует учитывать, что около 10% традиционных цитологических мазков являются неадекватными, что связано с неправильной техникой забора материала и приготовления препарата [4, 15, 16]. Жидкостная цитология с применением автоматизированной системы оценки результатов является более эффективной для выявления SIL, как в связи с многократным уменьшением числа неадекватных мазков, так и субъективизмом врача-цитолога [5, 15, 16]. **Возможно проведение цитологического исследования при обращении пациентки в возрасте менее 21 года при длительности половой жизни более 3 лет. ***Следует учитывать низкую воспроизводимость результатов повторных мазков, взятых в течение 1,5 месяцев после первичных. При необходимости рекомендован пересмотр аномальных мазков
ВПЧ-тестирование в качестве скринингового теста с применением метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) и определения конкретных типов ВПЧ ВКР (не менее 12 типов) с целью выявления группы риска развития предрака и рака шейки матки рекомендовано всем женщинам в возрасте от 30 до 65 лет* с частотой каждые 5 лет (у ВПЧ-негативных)**; ежегодно у ВПЧ-позитивных*** (уровень убедительности рекомендаций C)	* Всем женщинам с 30 лет целесообразно проводить ВПЧ-тестирование в качестве скринингового метода в сочетании с цитологическим исследованием цервикального образца (co-test) [9, 10, 18]. **С целью получения материала для молекулярно-биологического исследования возможно применение технологии самозабора [19]. ***ВПЧ-тест рекомендован пациенткам с цитологическим заключением ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL вне зависимости от возраста [17, 18, 20]

Иммуноцитохимический метод определения экспрессии маркеров вирус-индуцированной неконтролируемой клеточной пролиферации p16ink4α и Ki67 как дополнительный тест рекомендован для сортировки (triage-test) и выбора тактики ведения при цитологических результатах = ASC-US или при наблюдении ВПЧ-положительных женщин с отсутствием атипичных клеток при цитологическом исследовании [4, 21]. Иммуногистохимический метод определения экспрессии биомаркера p16 ink4α с целью дифференциальной диагностики степени тяжести SIL (уровень убедительности рекомендаций C)	
Инструментальные методы исследования	
Клинико-визуальный метод (визуальный осмотр шейки матки после ее обработки 3- или 5%-ным раствором уксусной кислоты, VIA – visual inspection with acetic acid)	В отсутствие возможности проведения немедленной расширенной кольпоскопии использование визуального метода VIA позволяет выявить группу женщин, которым показано кольпоскопическое исследование [5]
Расширенная кольпоскопия с целью выявления патологических участков шейки матки (уровень убедительности рекомендаций B)	Показания к расширенной кольпоскопии: визуальные изменения шейки матки, результаты цитологического исследования от ASC-US и более при положительном тесте на ВПЧ-ВКР, наличие ВПЧ 16 и/или 18 типов вне зависимости от результатов цитологического теста, а также выбор места и метода биопсии шейки матки для верификации диагноза [5, 22]
Прицельная (при необходимости мультифокальная) кольпоскопически направленная биопсия шейки матки (punch-биопсия)* с последующим патологоанатомическим исследованием полученного материала показана пациенткам с цитологическим заключением ASC-US, ASC-H, LSIL при наличии ВПЧ ВКР и аномальной кольпоскопической картины для подтверждения диагноза** [23, 24] (уровень убедительности рекомендаций C)	* Мультифокальная точечная биопсия шейки матки (punch-биопсия) под кольпоскопическим контролем возможна у молодых женщин. ** При цитологическом заключении HSIL рекомендовано выполнение прицельной биопсии или эксцизии зоны трансформации (ЗТ) шейки матки (в зависимости от результатов кольпоскопии) с последующим выскабливанием цервикального канала и патологоанатомическим исследованием материала [23]. Женщинам старше 50 лет с HSIL и/или с ЗТ III типа целесообразно проведение конизации шейки матки [8]
Лечение и тактика ведения	
Истинная эрозия шейки матки Рекомендуется патогенетическое лечение в соответствии с причиной, вызвавшей десквамацию эпителия (воспалительные заболевания, травма, возрастная атрофия слизистых)* [3, 7] (уровень убедительности рекомендаций C)	* Не рекомендуется применять локально средства, влияющие на тканевый обмен, содержащие алоэ, масла облепихи, шиповника и др., в связи с возможным усилением пролиферативных процессов и повышением риска возникновения CIN [3, 7]
Неосложненный эктропион шейки матки Лечение не рекомендуется* (уровень убедительности рекомендаций C)	* Врожденный эктропион у ВПЧ-негативных женщин является неопасным состоянием в отношении развития предрака и РШМ [3, 7, 25]
Эктопия шейки матки является вариантом нормы и не требует лечения* [23] (уровень убедительности рекомендаций C). Медикаментозное лечение плоскоклеточных интраэпителиальных поражений в качестве самостоятельного метода не рекомендуется [9, 19, 27], возможно применение только в сочетании с хирургическими методами (уровень убедительности рекомендаций A)	* Необоснованная деструкция эктопии и нормальной ЗТ в случае развития неоплазии не предупреждает прогрессирование заболевания в скрытой части канала, но способствует трудностям в диагностике [3, 7, 8]
ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance, клетки плоского эпителия с атипией неясного значения)	В возрасте 21–29 лет показано ВПЧ-тестирование: при ASC-US и ВПЧ-тесте (–) – повторный co-test через 3 года; при ASC-US и ВПЧ-тесте (+) – кольпоскопия с биопсией шейки матки В возрасте 30–65 лет (co-test): при ВПЧ (–) – повторный co-test через 3 года; при ВПЧ (+) – кольпоскопия и биопсия шейки матки

> ASC-US	В возрасте 21–29 лет показано ВПЧ-тестирование: при ВПЧ-тесте (-) – повторный co-test через 3 года; при ВПЧ-тесте (+) – кольпоскопия с биопсией шейки матки. В возрасте 30–65 лет – кольпоскопия и биопсия шейки матки
HSIL	Независимо от ВПЧ-статуса: младше 25 лет – кольпоскопия и биопсия шейки матки; старше 25 лет – кольпоскопия и петлевая эксцизия или конизация в зависимости от зоны трансформации
LSIL (в биоптате) Рекомендуется динамическое наблюдение с применением цитологического исследования 1 раз в 6 месяцев в течение 18–24 месяцев (с целью раннего выявления прогрессирования) [8] (уровень убедительности рекомендаций A). Женщинам старше 40 лет с LSIL в биоптате эктоцервикса рекомендуется проводить петлевую эксцизию ЗТ в связи с риском синхронных тяжелых поражений, скрытых в канале, вследствие длительной персистенции ВПЧ-ВКР [8, 27] (уровень убедительности рекомендаций A)	Для молодых и/или планирующих беременность пациенток предпочтительна выжидательная тактика с динамическим контролем в течение 18–24 месяцев в виде цитологического исследования 1 раз в 6 месяцев и ВПЧ-тестирования 1 раз в 12 месяцев. Хирургическое лечение рекомендуется в случае отсутствия регресса через 18–24 месяцев [3, 4, 7, 8]. Применение в сочетании с хирургическим лечением интравагинальных суппозиториях дииндолилметана по схеме 100 мг 2 раза в день в течение 3–6 месяцев может быть рекомендовано с целью ускорения элиминации ВПЧ и повышения вероятности регресса интраэпителиальной неоплазии [1]
HSIL (CIN II, CIN III) в биоптате Рекомендуется выполнение электроэксцизии или конизации шейки матки в зависимости от типа ЗТ с последующим выскабливанием цервикального канала* [7, 8, 18, 23, 28] (уровень убедительности рекомендаций C)	*У женщин до 25 лет с диагнозом CIN II в биоптате при p16 ink4a-негативном результате иммуногистохимического исследования допустимо динамическое наблюдение с использованием цитологического контроля, ВПЧ-тестирования и кольпоскопии 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет [29]. В случае отсутствия регресса перейти к активной тактике (эксцизия шейки матки). У пациенток с диагнозом CIN II в биоптате при p16 ink4a-позитивном результате рекомендована безотлагательная эксцизия шейки матки [29]

Литература/References

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки. Клинические рекомендации. 2020; 59 с. [The Ministry of Health of the Russian Federation. Cervical intraepithelial neoplasia, erosion and ectropion of the cervix. Clinical recommendations. 2020; 59 p. (in Russian)].
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака. Клинические рекомендации (протокол лечения). 2017. [The Ministry of Health of the Russian Federation. Benign and precancerous diseases of the cervix from the position of cancer prevention. Clinical recommendations (treatment protocol). 2017. (in Russian)].
3. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е., ред. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. [Sеров V.N., Sukhikh G.T., Prilepskaya V.N., Radzinsky V.E., ed. Guide to outpatient care in obstetrics and gynecology. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. (in Russian)].
4. Saslow D., Solomon D., Lawson H.W., Killackey M., et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin. 2012; 62(3): 147–72. <https://doi.org/10.3322/caac.21139>.
5. WHO. Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice – Second edition. 2014.
6. Kurman R.J., Carcangiu M.L., Herrington S., Young R.H. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. WHO Classification of Tumors, 4th Edition, Volume 6. 2014; 172–7.
7. Роговская С.И., Липова Е.В., ред. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. М.: Редакция журнала Status Praesens; 2016. 832 с. [Rogovskaya S.I., Lipova E.V., ed. The cervix, vagina, vulva. Physiology, pathology, colposcopy, aesthetic correction: a guide for practicing doctors. Moscow: Editorial office of the journal Status Praesens; 2016. 832 p. (in Russian)].
8. Короленкова Л.И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и ранние формы рака шейки матки: клинико-морфологическая концепция цервикального канцерогенеза. М.; 2017. 300 с. [Korolenkova L.I. Cervical intraepithelial neoplasia and early forms of cervical cancer: clinical and morphological concept of cervical carcinogenesis. M.; 2017. 300 p. (in Russian)].

9. Massad L.S., Einstein M.H., Huh W., Katki H.A. et al. 2012 Updated Consensus Guidelines For The Management Of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests And Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2013; 17(5 Suppl 1): S1-S27. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e318287d329>.
10. Шабалова И.П., Касоян К.Т., ред. Цитология жидкостная и традиционная при заболеваниях шейки матки. М.: ООО «Издательство «Трида»; 2015. 316 с. [Shabalova I.P., Kasoyan K.T., ed. Liquid and traditional cytology in diseases of the cervix. M.: LLC "Publishing House "Triada"; 2015. 316 p. (in Russian)].
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1130n dated 20.10.2020 "On approval of the Procedure for providing medical care in the profile "obstetrics and gynecology". (in Russian)].
12. Приказ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». [Order No. 124n dated March 13, 2019 "On approval of the procedure for conducting preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population". (in Russian)].
13. Nayar R., Wilbur D.C. The Pap Test and Bethesda 2014. *Acta cytologica.* 2015; 59(2): 121-32. <https://doi.org/10.1002/cncy.21521>.
14. Каприн А.Д., Новикова Е.Г., Трушина О.И., Грецова О.П. Скрининг рака шейки матки – нерешенные проблемы. Исследования и практика в медицине. 2015; 2(1): 36-41. [Kaprin A.D., Novikova E.G., Trushina O.I., Gretsova O.P. The cervical cancer screening – unsolved problems. *Research'n Practical Medicine Journal.* 2015; 2(1): 36-41. (in Russian)]. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2015-2-1-36-41>.
15. Bak M., Éll M.S., Böka M., Velecki Z. et al. Liquid-based cervical cytology ThinPrep screening in Hungary. *Orvosi hetilap.* 2014; 155(18): 708-14. <https://doi.org/10.1556/ON.2014.29875>.
16. Artyuk N.V., Marochko K.V. Predictive value of different diagnostic methods for detection of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. *Lietuvos akušerija ir ginekologija.* 2017; 20(3): 222-7.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progress in Cervical Screening in the UK (Scientific Impact Paper No.7). 2016.
18. ACOG. Practice Bulletin No. 157 Summary: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet. Gynecol.* 2016; 127(1): e1-e20. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001263>.
19. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Туранова О.В., Шемякина К.Н., Плетнева В.А., Самбуева Н.Б., Мальцева Е.Е. Результативность и приемлемость обследования на вирусе папилломы человека самостоятельным и врачебном заборе вагинального отделяемого. *Акушерство и гинекология.* 2017; 2: 97-105. [Belokrinitskaya T.E., Frolova N.I., Turanova O.V., Shemyakina K.N., Pletneva V.A., Sambueva N.B., Maltseva E.E. The effectiveness and acceptability of screening for human papillomavirus in self- and medical sampling of vaginal discharge. *Obstetrics and Gynecology.* 2017; 2: 97-105. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.2.97-105>.
20. Тимуш Э., Адамс К. Шейка матки. Цитологический атлас. Пер. с англ. и под ред. Кондрикова Н.И. М.; 2009. 21с. [Timush E., Adams K. The cervix. *Cytological Atlas.* Trans. from English, Kondrikov N.I., eds. M.; 2009. 21p. (in Russian)].
21. Yu L.L., Chen W., Lei X.-Q., Qin Y., Wu Z.-N. et al. Evaluation of p16/Ki-67 dual staining in detection of cervical precancer and cancers: a multicenter study in China. *Oncotarget.* 2016; 7(16): 21181-9. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.8307>.
22. Bonde J.H., Sandri M.-T., Gary D.S., Andrews J.C. Clinical Utility of Human Papillomavirus Genotyping in Cervical Cancer Screening: A Systematic Review. *J Low Genit Tract Dis.* 2020; 24(1): 1-13. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000494>.
23. WHO. Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO guidelines. 2013.
24. Workowski K.A., Bolan G.A., Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64 (RR-03): 1-137.
25. Cotarcea S., Stefunesu C., Adam G., Voicu C., Cara M., Comanescu A., Cernea N., Pană R. The Importance of Ultrasound Monitoring of the Normal and Lesional Cervical Ectropion Treatment. *Curr Health Sci J.* 2016; 42(2): 188-96. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.42.02.11>.
26. Castanon A., Tristram A., Mesher D., Powell N., Beer H. et al. Effect of diindolylmethane supplementation on low-grade cervical cytological abnormalities: randomised, controlled trial. *Br J Cancer.* 2012; 106(1): 45-52. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.496>.
27. Van der Heijden E., Lopes A.D., Bryant A., Bekkers R.L.M. et al. Follow-up strategies after treatment (large loop excision of the transformation zone (LLETZ)) for cervical intraepithelial neoplasia (CIN): Impact of human papillomavirus (HPV) test. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online).* 2015; 1(6): CD010757. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010757.pub2>.
28. Jeronimo J., Castle P.E., Temin S., Denny L., Gupta V. et al. Secondary prevention of cervical cancer: ASCO resource-stratified clinical practice guideline. *J Glob Oncol.* 2016; 3(5): 635-57. <https://doi.org/10.1200/JGO.2016.006577>.
29. Peeters E., Wentzensen N., Bergeron C., Arbyn M. Meta-analysis of the accuracy of p16 or p16/Ki-67 immunocytochemistry versus HPV testing for the detection of CIN2+/CIN3+ in triage of women with minor abnormal cytology. *Cancer cytopathol.* 2019; 127(3): 169-80. <https://doi.org/10.1002/cncy.22103>.

Сведения об авторах:

Хачатурян Арминэ Робертовна, к.м.н., с.н.с. отдела гинекологии и эндокринологии, НИИ АГиР им. Д.О. Отта; доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии, СПбГУ, armine2709@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2141-6307>, 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
Ярмолинская Мария Игоревна, д.м.н., профессор РАН, профессор, руководитель отдела гинекологии и эндокринологии, руководитель центра «Диагностики и лечения эндометриоза», НИИ АГиР им. Д.О. Отта; профессор кафедры акушерства и гинекологии, СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, m.yarmolinskaya@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6551-4147>, 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

Authors' information:

Armine R. Khachatryan, Ph.D., Senior Researcher of the Department of Gynecology and Endocrinology, D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology; Associate Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Saint-Petersburg State University, armine2709@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2141-6307>, 199034, Russia, Saint Petersburg, Mendeleevskaya line, 3.
Maria I. Yarmolinskaya, Dr. Med. Sci., Professor of Russian Academy of Sciences, Professor, Head of Department of Gynecology and Endocrinology, Head of Center "Diagnostics and treatment of endometriosis", D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology; professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia, m.yarmolinskaya@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6551-4147>, 199034, Russia, Saint Petersburg, Mendeleevskaya line, 3.

ЦЕРВИКОН®-ДИМ

суппозитории вагинальные



Единственный в России
лекарственный препарат с прямым
показанием – лечение дисплазии
шейки матки^{1,3}



- Ускоряет элиминацию ВПЧ-инфицированных клеток¹
- Обладает противоопухолевой активностью в отношении ВПЧ-инфицированных клеток²
- Значительно повышает вероятность регрессии дисплазии шейки матки²



ОСТАНОВИТЬ РАЗВИТИЕ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ В ВАШИХ РУКАХ!

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦЕРВИКОН®-ДИМ. Регистрационное удостоверение: ЛП-004939-190718. Торговое наименование: ЦЕРВИКОН®-ДИМ. Международное непатентованное или группировочное наименование: диндолимедан. Лекарственная форма: суппозитории вагинальные. Состав: один суппозиторий содержит действующее вещество – диндолимедан 100 мг. Фармакотерапевтическая группа: прочие противоопухолевые препараты. Код АТХ: L01XX. Показания к применению: лечение дисплазии (цервикальной интраэпителиальной неоплазии) шейки матки (независимо от результатов выявления папилломавирусной инфекции методом ПЦР). Противопоказания: индивидуальная непереносимость любого из компонентов препарата. Период беременности и грудного вскармливания. Детский возраст до 18 лет. Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Противопоказано применение препарата при беременности и в период грудного вскармливания. Способ применения и рекомендуемые дозы. Интравагинально по 100 мг 2 раза в сутки. Длительность курса лечения 3–6 месяцев. Продолжительность лечения определяется динамикой клинико-лабораторных показателей. Побочное действие: препарат обычно хорошо переносится пациентами. В некоторых случаях могут возникать обычно обратимые нежелательные явления: нарушения со стороны иммунной системы – крапивница, зуд; нарушения со стороны сердца – укорочение атриовентрикулярного проведения; нарушения со стороны сосудов – повышение артериального давления; нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – диарея. Условия отпуска: по рецепту.

1. Инструкция по медицинскому применению Цервикон®-ДИМ РУ № ЛП-004939-190718 от 19.07.2018.

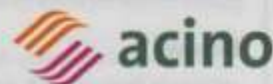
2. Сунук Г.Т. и др. Исследование эффективности и безопасности препарата на основе диндолимедана у пациенток с цервикальной неоплазией (CIN I–II). Акушерство и гинекология, 2018; 9: 91–98.

3. Адаптировано из источника: <https://grfs.rosminzdrav.ru/grfs.aspx?n=Диндолимедан<http на день обращения 26.05.2021>.

Номер регистрационного удостоверения ЛП-004939

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ООО «Ацино Рус», Россия, 129110, г. Москва, проспект Олимпийский, дом 16, строение 5, этаж 5, помещение I. Тел. +7 (495) 502-92-47
E-mail: medinfo_rus@acino.swiss, safety_rus@acino.swiss, quality_rus@acino.swiss



ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

1. Статьи принимаются на двух языках: русском и английском. Статья должна иметь официальное направление от учреждения, в котором выполнена работа, и визу руководителя на первой странице, заверенную круглой печатью. Помимо документов сопровождения и самой статьи, оформленной в соответствии с правилами журнала, необходимо прислать статью без ФИО авторов, названия учреждения, сведений об авторах и другой идентифицирующей информации. Название файла «ослепленной» статьи должно содержать первое слово названия статьи и «для рецензии».

1.1. Статья печатается шрифтом Times New Roman № 14 через 1,5 интервала, 60–62 знака в строке, 30 строк на страницу. Страницы должны быть пронумерованы. Статья направляется в редакцию по электронной почте. Сопроводительные документы могут быть направлены в отсканированном виде или обычной почтой.

1.2. На первой странице в начале пишут инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи, полное название учреждения (учреждений), в котором выполнена работа, город, страну. Обязательно следует указать, в каком учреждении работает каждый из авторов.

1.3. К каждой статье прилагается резюме. Резюме к оригинальной статье должно быть структурировано следующим образом: цель исследования; материал и методы; результаты; заключение. Резюме к обзорной статье должно содержать краткое изложение и соответствовать структуре статьи. Резюме к статье «Заметки из практики» включает актуальность, описание клинического наблюдения и заключение. После резюме следуют ключевые слова (при выборе ключевых слов рекомендуем руководствоваться словарем ключевых слов MeSH). Резюме и ключевые слова печатаются курсивом, без отступа, рубрики отделяются абзацем, названия рубрик выделяются жирным шрифтом, объемом 1500 знаков.

1.3.1. Реферат и аннотацию формируют по ГОСТ Р 7.0.99-2018 Реферат и аннотация. Общие требования. Объем реферата, как правило, не превышает 250 слов

Ключевые слова (словосочетания) должны соответствовать теме статьи и отражать ее предметную, терминологическую область. Как правило, не применяют обобщенные и многозначные слова, а также словосочетания, содержащие причастные обороты.

Количество ключевых слов (словосочетаний), как правило, не должно превышать 10–15 слов (словосочетаний). Их приводят, предвывая словами «Ключевые слова:» («Keywords:») и отделяют друг от друга запятой. После ключевых слов точку не ставят.

1.4. После резюме должны быть представлены данные о каждом из авторов: фамилия, имя и отчество; ученая степень и звание; должность; название учреждения, в котором работает автор; служебный почтовый адрес с индексом; телефон; e-mail (на русском и английском языке).

1.4.1. Основные сведения об авторе содержат:

- имя, отчество, фамилию автора (полностью);
- наименование учреждения или организации, ее подразделения, где работает или учится автор (без обозначения организационно-правовой формы юридического лица: ФГБУН, ФГБОУВО, ПАО, АО и т. п.);
- адрес учреждения или организации, ее подразделения, где работает или учится автор (город и страна);
- электронный адрес автора (e-mail);
- Открытый идентификатор ученого (Open Researcher and Contributor ID – ORCID) (при наличии).

Адрес организации или учреждения, где работает или учится автор, может быть указан в полной форме.

Электронный адрес и телефон автора приводят без слов «e-mail», «тел», после электронного адреса точку не ставят.

ORCID приводят в форме электронного адреса в сети «Интернет» (<https://orcid.org/0000-0002-9166-9361>). В конце ORCID точку не ставят.

Вариант 1

Бурменская Ольга Владимировна, д.б.н., заведующая лабораторией онкологической генетики, Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии, перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, +7(495)438-22-92, o_bourmenskaya@oparina4.ru, 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

Olga V. Burmenskaya, Dr. Sci. (Bio), Head of the Laboratory of Oncological Genetics, Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of the Russian Federation, +7(495)438-22-92, o_bourmenskaya@oparina4.ru, 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparin str., 4.

Вариант 2

Светлана Юрьевна Барсукова¹, Сергей Николаевич Левин²

¹Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия, svbars@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2696-4882>

²Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия, levin.sergey.n@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3881-3579>

Возможно приведение электронного адреса только одного автора, с которым планируется переписка, или отдельное указание автора для корреспонденции по форме: «Автор, ответственный за переписку:» («Corresponding author:»). Это указание рекомендуется размещать после всех сведений об авторах на отдельной строке.

Пример

Автор, ответственный за переписку: Иван Васильевич Перов, ivp@mail.ru

Corresponding author: Ivan V. Perov, ivp@mail.ru

Авторам, публикующимся впервые, рекомендуется использовать стандарт BSI (Британский Институт Стандартов / British Standards Institution). Для транслитерации можно использовать сервис транслитерации на сайте <https://translit.ru/>.

- 1.5. Объем оригинальных статей, обзоров литературы и статей раздела «В помощь практическому врачу» не должен превышать 12 стр., заметок из практики – 5. В статье должно быть не более 3 рисунков и/или 3 таблиц. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи.
- 1.6. Оригинальные статьи должны иметь следующие разделы: краткое введение, материал и методы исследования, результаты исследования и обсуждение, заключение или выводы. Для написания оригинальных статей используются рекомендации по представлению результатов конкретных видов исследований, размещенных в сети EQUATOR Network, например, CONSORT для рандомизированных испытаний, TRIPOD, STROBE и STARD для прогностических, обсервационных и диагностических исследований, соответственно, систематических обзоров и мета-анализов – стандарты PRISMA. Также рекомендуется воспользоваться учебным пособием Н.Г. Поповой, Н.Н. Коптяевой «Академическое письмо: статьи IMRAD» (Попова Н.Г., Коптяева Н.Н. Академическое письмо: статьи IMRAD. Учебное пособие для аспирантов и научных сотрудников естественнонаучных специальностей. Екатеринбург: ИФиП УрО РАН, 2015. 160 с.).

Сергеев А.П., Андрианова М.А. Рекомендации по оформлению дизайна исследования. Травматология и ортопедия России. 2019;25(3):165-184. doi: 10.21823/2311-2905-2019-25-3-165-184

- Обратить внимание на введение, в частности, обоснование исследования

- Обратить внимание на представление методов исследования, в частности статистических

- 1.7. Авторам следует пользоваться современной русскоязычной научной терминологией и не употреблять «кальки» терминов, транскрибированных с иностранных слов. Сокращение слов и названий (не более 3), кроме общепринятых сокращений мер, физических и математических величин и терминов, допускается только с первоначальным указанием полного названия. Узкоспециальные термины должны быть расшифрованы. Не рекомендуем использовать сокращения в названии статьи.
- 1.8. Статья должна быть тщательно выверена автором. В математических формулах необходимо четко разметить все элементы: латинские и греческие буквы, надстрочные и подстрочные индексы, прописные и строчные буквы, сходные по написанию буквы и цифры.
- 1.9. Названия микроорганизмов прописываются на латыни и курсивом.
- 1.10. Требования к представлению статистического анализа:

Методы статистического анализа, использованные в исследовании, должны быть описаны в подразделе «Статистический анализ» в конце раздела «Материалы и методы». Необходимо описать статистические методы настолько подробно, насколько требуется для оценки их адекватности и для подтверждения полученных результатов знающими читателями при условии доступа к соответствующим данным. Описание и представление результатов статистического анализа должны соответствовать Руководству "Статистический анализ и методы в публикуемой литературе" (САМПЛ).

2. Список литературы, прилагаемый к статье, должен включать работы отечественных и зарубежных авторов за последние 5–7 лет. В оригинальных статьях цитируется не более 30 источников, в обзорах – не более 50.
- 2.1. Список составляют по правилам оформления приставных списков литературы (библиография) для авторов с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals) (см. приложение).
- 2.2. Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в тексте они даются в квадратных скобках в соответствии со списком литературы.
- 2.3. Автор несет полную ответственность за точность данных списка литературы.
- 2.4. Ссылки на диссертации, рефераты и авторефераты не признаются международным сообществом, поэтому давать их не следует.
3. Таблицы должны содержать обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь номер и заголовок. Единицы измерения даются в системе СИ.
4. Иллюстративный материал (фотографии, рисунки, схемы, диаграммы) прилагается по тексту и отдельным файлом.
- 4.1. К рисунку дается общая подпись, затем объясняют все цифровые и буквенные обозначения. В подписях к микрофотографиям необходимо указать метод окраски и увеличение.
- 4.2. Фотографии должны быть предоставлены в оригинальном виде без применения ретуши и цветокоррекции.
- 4.3. Изображения должны быть представлены в форматах TIFF, JPG (самого высокого качества).
- 4.4. Размер снимка должен быть не менее 1500*1500 пикселей.
- 4.5. Объект съемки должен быть в фокусе.

5. Авторство.

- 5.1. Автор обязательно подписывает статью. Коллективная статья должна быть подписана всеми авторами с указанием роли каждого.

Пример:

- Концепция и дизайн исследования— И.И. Иванов, С.С. Сидоров
- Сбор и обработка материала— П.П. Петров
- Статистическая обработка данных— П.П. Петров
- Написание текста— С.С. Сидоров
- Редактирование— И.И. Иванов

Ставя под статьей свою подпись, автор тем самым передает редакции право на ее издание, гарантирует ее оригинальность и удостоверяет, что ни сама статья, ни рисунки к ней не были опубликованы ранее и не посланы для публикации в другие издания.

- 5.2. При определении авторства рекомендуется руководствоваться критериями ICJME.

6. Корректур авторам не высылаются.

7. Автор должен иметь точную и полную информацию по исследованию, описанному в статье, которая может быть представлена по запросу.

8. Автор не имеет право представлять одну статью на публикацию в нескольких научных изданиях. В случае использования в статье информации, которая была ранее опубликована, автор обязан указать источник и автора цитируемой информации. Кроме того, автор обязан предоставить редактору копию цитируемой статьи.

9. Автору необходимо подтвердить, что его статья оригинальна, и указать источники цитируемой информации.

10. Автор несет ответственность за соблюдение национальных и местных законов при проведении исследований с участием людей и животных (например, Хельсинкская Декларация ВМА; политика НИЗ по проведению исследований на животных; директива ЕС по исследованиям на животных). Автор должен получить разрешение на публикацию от человека (людей), который принимал участие в исследовании, и соблюдать конфиденциальность.

Одобрение Этического комитета для всех статей с изучением людей. Авторы должны указать, что исследование было одобрено Этическим Комитетом организации/учреждения

Согласие пациентов на публикацию. Пациент(ы) подписал(и) информированное согласие на публикацию своих данных (и изображений).

- 11.1. Благодарности. Авторы могут выразить благодарности персонам и организациям, способствовавшим подготовке статьи.

- 11.2. Информация об источниках финансирования. Необходимо указывать источник финансирования исследования, подготовки обзора или лекции (название выполняемой по госзаданию плановой НИР, номер гранта и наименование фонда, коммерческой или государственной организации и др.). Указывать размер финансирования не требуется.

- 11.3. Информация о конфликте интересов. Необходимо заявить о наличии или отсутствии потенциального конфликта интересов (например, конкурирующие интересы, которые, по мнению автора, могут иметь прямое или опосредованное влияние на публикационный процесс) (см. рекомендации ICJME).

12. При идентификации значительной ошибки в публикации автор обязан незамедлительно сообщить об этом редактору. На протяжении всего процесса публикации автор обязан сотрудничать с редактором и издателем, добавляя, убавляя и исправляя статью, в случае необходимости. При выявлении значительной ошибки, неточности данных и др. после публикации редакция оставляет за собой право изъять опубликованную статью.

13. Автор полностью берет на себя ответственность за возможный плагиат текста, рисунков и др. Редакционная коллегия журнала при рассмотрении статьи может произвести проверку материала с помощью системы Антиплагиат. В случае обнаружения многочисленных заимствований редакция действует в соответствии с правилами COPE.

14. При рассмотрении полученных авторских материалов Редакция руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47), принципами EASE и «Singapore Statement on Research Integrity».

15. Авторам рекомендуем предоставлять ссылку на свой цифровой профиль в ORCID.

16. При получении рецензии следует внимательно ознакомиться и отвечать по пунктам, вносить исправления в полученный от редакции вариант статьи и выделять цветом измененный фрагмент.

Обмен исследовательскими данными. Данные, подтверждающие выводы этого исследования, доступны по запросу у автора, ответственного за переписку после одобрения ведущим исследователем.

17. Статьи, представленные с нарушением правил оформления, не рассматриваются.

Статьи направлять по адресу:

117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России

Редакция журнала «Акушерство и гинекология»

E-mail: aig@oparina4.ru