

АО «ТАТМЕДИА»
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

«Казанский медицинский журнал» — рецензируемое научно-практическое издание, предназначенное для специалистов, работающих в сфере клинической медицины и биомедицинской науки: практикующих врачей, сотрудников научно-исследовательских учреждений, преподавателей и студентов медицинских высших учебных заведений, интернов, ординаторов и аспирантов, интересующихся перспективными направлениями отечественной и зарубежной медицины.

Миссия журнала — знакомство читателей с достижениями отечественной и зарубежной биомедицинской науки, представление современных клинических рекомендаций, создание профессиональной площадки для научной дискуссии, обмена опытом и публикации результатов собственных исследований в области клинической и фундаментальной медицины.

Редакционная коллегия

Д.м.н., проф., чл.-корр. АН РТ, главный редактор А.С. Созинов (Казань); д.м.н., проф., шеф-редактор А.У. Зиганшин (Казань); д.м.н., проф. В.Ю. Альбицкий (Москва); д.м.н., проф. И.Ф. Ахтямов (Казань); д.б.н., проф. П.Д. Брежестовский (Марсель, Франция); д.м.н., доц. А.Р. Госманов (Олбани, США); д.м.н., проф. И.Ф. Фаткуллин (Казань); д.м.н., проф. Л.М. Фатхутдинова (Казань); д.м.н., проф. чл.-корр. РАН Р.Ш. Хасанов (Казань); к.х.н., проф. В.В. Хуторянский (Рединг, Великобритания); к.м.н., д.б.н., проф. Ю.Т. Волков (Дублин, Ирландия)

Редакционный совет

Д.м.н., проф., академик РАН Н.Х. Амиров (Казань); д.м.н., проф., академик РАН С.Ф. Багненко (Санкт-Петербург); д.м.н., проф. А.Б. Бахшалиев (Баку); д.н., проф. Д. Бернсток (Мельбурн, Австралия); д.м.н., проф. академик АН РТ А.С. Галявич (Казань); д.м.н., проф. Р.А. Гинниатуллин (Куопио, Финляндия); д.м.н., проф. Р.Р. Исламов (Казань); д.м.н., проф. чл.-корр. АН РТ А.П. Киясов (Казань); д.м.н., проф. Р.И. Литвинов (Филадельфия, США); д.н., проф. Ж. Массард (Страсбург, Франция); д.м.н., проф. И.Г. Мустафин (Казань); д.м.н., проф., академик РАН Е.Е. Никольский (Казань); д.н., проф. Е.М. Тансей (Лондон, Великобритания); проф., академик РАН Р.У. Хабриев (Москва)

VOLUME
99

Issued since 1901
Published bimonthly

KAZAN MEDICAL JOURNAL

No. 2

March–
April
2018

JSC «TATMEDIA»
KAZAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Kazan Medical Journal is a peer-reviewed journal for clinicians and medical scientists, practicing physicians, researchers, teachers and students of medical schools, interns, residents and PhD students interested in perspective trends in Russian and international medicine.

Missions of the Journal are to spread the achievements of Russian and international biomedical sciences, to present up-to-date clinical recommendations, to provide a platform for a scientific discussion, experience sharing and publication of original researches in clinical and fundamental medicine.

Editorial board

DSc., Prof., Corresponding member of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, editor-in-chief A.S. Sozinov (Kazan); DSc., Prof., managing editor A.U. Ziganshin (Kazan); DSc., Prof. V.Yu. Al'bitskiy (Moscow); DSc., Prof. I.F. Akhtyamov (Kazan); DSc., Prof. P.D. Bregestovski (Marseille, France); DSc., Assoc. Prof. A.R. Gosmanov (Albany); DSc., Prof. I.F. Fatkullin (Kazan); DSc., Prof. L.M. Fatkhutdinova (Kazan); DSc., Prof., Corresponding member of the Academy of Sciences of the Russia R.Sh. Khasanov (Kazan); **К.Х.Н.**, Prof. V.V. Khutoryanskiy (Reading, United Kingdom); **К.М.Н., Д.Б.Н.**, Prof. Yu.T. Volkov (Dublin, Ireland)

Editorial council

DSc., Prof., Academician of the Academy of Medical Sciences of the Russian Federation N.Kh. Amirov (Kazan); DSc., Prof., Academician of the Academy of Medical Sciences of the Russian Federation S.F. Bagnenko (Saint Petersburg); DSc., Prof. A.B. Bakhshaliev (Baku); DSc., Prof. G. Burnstock (Melbourne, Australia); DSc., Prof., Academician of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan A.S. Galyavich (Kazan); DSc., Prof. R.A. Giniatullin (Kuopio, Finland); DSc., Prof. R.R. Islamov (Kazan); DSc., Prof., Corresponding member of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan A.P. Kiyasov (Kazan); DSc., Prof. R.I. Litvinov (Philadelphia, USA); DSc., Prof. G. Massard (Strasbourg, France); DSc., Prof. I.G. Mustafin (Kazan); DSc., Prof., Academician of the Academy of Medical Sciences of the Russian Federation E.E. Nikolsky (Kazan); DSc., Prof. E.M. Tansey (London, UK); DSc., Prof., Academician of the Academy of Medical Sciences of the Russian Federation R.U. Khabriev (Moscow)

Subscription is available at the editorial office.

Editorial office: 2 Dekabristov str., Kazan, Russia
Tel.: 8-917-907-69-49
E-mail: kazmedj@mail.ru
Website: journals.eco-vector.com/kazanmedj

Publisher: Kazan state medical university
Publisher office: 49 Butlerova Street, Kazan, 420012, Russia

РЕЗЮМЕ КОКРЕЙНОВСКИХ ОБЗОРОВ

Уважаемые читатели «Казанского медицинского журнала»!

В соответствии с договором между «Казанским медицинским журналом» и Кокрейновской библиотекой (Cochrane Library) мы продолжаем публикацию переводов на русский язык резюме на простом языке (Plain Language Summaries) систематических обзоров, опубликованных в базе Кокрейновской библиотеки. Переводы на русский язык подготовлены в Координационном центре Кокрейн Россия. Оригинальные версии резюме на английском языке этих и других кокрейновских обзоров, а также их переводы на русский язык заинтересованные читатели могут найти в открытом доступе на сайтах www.cochrane.org и www.russia.cochrane.org/ru.

Перенос свежих эмбрионов в сравнении с замороженными при искусственном оплодотворении

Вопрос обзора. Мы рассмотрели доказательства эффективности и безопасности стратегии «замораживания всех эмбрионов» у женщин, подвергающихся экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) или интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов (ИКСИ), по сравнению с традиционной стратегией ЭКО/ИКСИ в отношении кумулятивной частоты живорождения и риска синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ).

Актуальность. Пересадка эмбрионов при ЭКО/ИКСИ может быть выполнена с использованием свежих эмбрионов либо замороженных эмбрионов с последующей разморозкой. Поэтому в ЭКО используются две стратегии переноса эмбрионов: 1) традиционная стратегия ЭКО/ИКСИ с однократным переносом свежего и одним или несколькими переносами замороженно-размороженных эмбрионов; 2) стратегия «замораживания всех эмбрионов» с переносом только замороженно-размороженных эмбрионов и отсутствием переноса свежих эмбрионов. Различия в технике замораживания, сроках криоконсервации и переносе существуют в рамках обеих стратегий. В стратегии «замораживания всех эмбрионов» перенос эмбрионов происходит без цикла стимуляции яичников. Эта стратегия может быть полезной, поскольку гиперстимуляция яичников, как полагают, оказывает негативное влияние на восприимчивость эндометрия при имплантации эмбриона. Стратегия «замораживания всех эмбрионов» снижает риск СГЯ, поскольку беременность не возникает в цикле со стимуляцией яичников.

Характеристика исследований. Мы включили четыре исследования, в которых сравнивали стратегию «заморажи-

вания всех эмбрионов» с традиционной стратегией ЭКО/ИКСИ в общей сложности у 1892 женщин, подвергающихся вспомогательным репродуктивным технологиям. Доказательства актуальны на ноябрь 2016 г.

Основные результаты. Мы обнаружили доказательства, показывающие, что, по-видимому, нет различий в кумулятивной частоте живорождения на одну женщину между применяемыми стратегиями. Наши результаты позволяют предположить, что если кумулятивная частота живорождения составляет 58% при использовании традиционной стратегии ЭКО/ИКСИ, то этот показатель при использовании стратегии «замораживания всех эмбрионов» будет составлять от 56 до 65%. О сроках наступления беременности, как об исходе, во включённых исследованиях не сообщали, но можно предположить, что при использовании традиционной стратегии ЭКО/ИКСИ, включающей перенос свежих эмбрионов, они будут короче в случае аналогичной кумулятивной частоты живорождения, поскольку при использовании стратегии «замораживания всех эмбрионов» перенос эмбрионов задерживается. Стратегия «замораживания всех эмбрионов» (при которой не выполняют перенос свежих эмбрионов) снижает риск СГЯ у женщин с риском СГЯ. Наши результаты позволяют предположить, что если частота СГЯ составляет 7% при традиционной стратегии ЭКО/ИКСИ, то при стратегии «замораживания всех эмбрионов» она будет составлять от 1 до 3%.

Качество доказательств. Качество доказательств было от умеренного до низкого из-за серьёзного риска смещения и серьёзной неточности (в отношении некоторых исходов). Риск смещения был связан

с неясным «ослеплением» исследователей в отношении предварительных исходов исследования, единицей погрешности анализа и отсутствием адекватных правил прекращения исследования.

Wong K, van Wely M, Mol F, Repping S, Mastenbroek S. Fresh versus frozen embryo transfers in assisted reproduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011184. DOI: 10.1002/14651858.CD011184.pub2.

Риск развития эндометриального рака у женщин, принимающих лекарства, стимулирующие яичники, при недостаточности репродуктивной функции

Актуальность. При лечении недостаточности репродуктивной функции (нарушение наступления беременности) используется несколько лекарств для стимуляции овуляции — процесса созревания и высвобождения яйцеклетки из яичников. Эти лекарства могут также влиять на эндометрий, который является внутренним слоем матки. Однако условия, которые вызывают недостаточность репродуктивной функции (субфертильность), являются известными факторами риска развития эндометриального рака (рак внутренней выстилки матки), в то время как беременность и комбинированные пероральные противозачаточные таблетки оказывают защитное действие, снижая риск развития эндометриального рака. Разделение причинных эффектов лекарств, используемых для лечения субфертильности, от других причин, которые могут повысить индивидуальный риск развития эндометриального рака, является чрезвычайно сложным.

Цель обзора. Выяснить, увеличивают ли лекарства, используемые для стимуляции овуляции, риск развития эндометриального рака у женщин, которым для наступления беременности необходима медицинская помощь.

Основные результаты. Доказательства актуальны на июль 2016 г. Было выявлено 19 исследований, включающих 1 937 880 человек, в которых риск развития рака слизистой оболочки матки (эндометриальный рак) у женщин, подвергшихся лечению лекарствами, стимулирующими яичники, сравнили с таким же

риском у субфертильных женщин, не подвергавшихся воздействию этих лекарств, и у женщин из популяции в целом. В целом воздействие кломифена цитрата, в основном в высоких дозах и повторных циклах, может быть связано с повышенным риском развития эндометриального рака в дальнейшем. Доказательства взаимосвязи между воздействием гонадотропинов и эндометриальным раком были менее надёжными. Невозможно сказать, вызвано ли повышение риска применением лекарств, стимулирующих овуляцию, или причиной недостаточности репродуктивной функции.

Качество доказательств. Качество доказательств по полученным результатам было очень низким, так как включённые исследования имели серьёзные ограничения и многочисленные различия в способах их проведения.

Каковы же выводы? Женщины, которым необходимо лечение цитратом кломифена, должны знать, что они подвержены повышенному риску заболевания эндометриальным раком, но это во многом связано с основным состоянием, вызывающим недостаточность репродуктивной функции, и на основании имеющихся данных невозможно оценить дополнительный эффект кломифена цитрата.

Skalkidou A, Sergentanis TN, Gialamas SP, Georgakis MK, Psaltopoulou T, Trivella M, Siristatidis CS, Evangelou E, Petridou E. Risk of endometrial cancer in women treated with ovary-stimulating drugs for subfertility. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD010931. DOI: 10.1002/14651858.CD010931.pub2.

Неконтрацептивные эстрогенсодержащие препараты для контроля симптомов предменструального синдрома

Вопрос обзора. Эстрогены широко используются для подавления овуляции, главным образом в качестве противозача-

точного средства. Это первый систематический обзор, целью которого является оценка эффективности и безопасности

неконтрацептивных эстрогенсодержащих препаратов (пероральные, накожные, имплантат и гель) в борьбе с симптомами предменструального синдрома (ПМС).

Актуальность. ПМС характеризуется рядом физических, психологических и поведенческих симптомов, которые не связаны с каким-либо органическим заболеванием и которые происходят во время лютеиновой фазы (во второй половине) менструального цикла и исчезают в начале менструации. Принято считать, что это состояние связано со сложными взаимодействиями между стероидными гормонами яичника и нейротрансмиттерами. Для постановки клинического диагноза необходимо, чтобы симптомы были подтверждены проспективными записями в течение, по меньшей мере, двух менструальных циклов и вызывали существенный дискомфорт или нарушение повседневной жизни (например, работа, учёба, общественные мероприятия, хобби, межличностные отношения).

Характеристика исследований. При разработке обзора было выявлено 524 потенциально соответствующие статьи. Только пять рандомизированных контролируемых испытаний соответствовали нашим критериям включения, и в них сравнивали эстрогены с плацебо у 305 женщин с клиническим диагнозом ПМС.

Основные результаты. Мы обнаружили доказательства очень низкого качества, что пероральные препараты эстрогенов (без других гормонов), назначаемые в лютеиновой фазе менструального цикла, вероятно, неэффективны для контроля симптомов ПМС и могут даже ухудшить их. Были

доказательства очень низкого качества в поддержку эффективности эстрогенов пролонгированного действия (в виде трансдермальных пластырей или подкожных имплантатов) в сочетании с прогестогенами, с величиной эффекта от небольшой до умеренной. Сравнение пролонгированного эстрогена в дозах 200 и 100 мкг было неубедительным в отношении эффективности, но было предположено, что более низкая доза менее вероятно вызывает развитие побочных эффектов. Остаются сомнения в отношении безопасности, поскольку выявленные исследования были слишком малы, чтобы дать определённые ответы. Более того, ни в одном из включённых испытаний не были изучены неблагоприятные эффекты, которые могли бы произойти позднее обычной продолжительности исследования от 2 до 8 мес. Это позволяет предположить, что выбор дозы эстрогена и способа введения может быть основан на индивидуальных предпочтениях женщины и изменён в соответствии с эффективностью и переносимостью выбранного режима.

Качество доказательств. Общее качество доказательств для всех сравнений было оценено как очень низкое, главным образом из-за риска смещения во включённых исследованиях, неточностей (из-за малых размеров выборки) и различий между исследованиями.

Naheed B, Kuiper J, Uthman OA, O'Mahony F, O'Brien P. Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD010503. DOI: 10.1002/14651858.CD010503.pub2.