АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#4 [40] 09 / 2017 / StatusPraesens

ISSN 2074-2347

тема №

Контраверсии как способ познания!

Помощь врачу при судебном разбирательстве со стороны общественной организации • Советская модель в действии: заболеваемость РШМ в Индии за 3 года снизилась на 25%, а летальность — на 35% • Повышает ли контрацепция рождаемость? • КОК при эндометриозе: редакционное расследование. Что доказано, а что нет? • Терапия ЖДА, начатая после 25–26 нед беременности, как причина ятрогений • Профилактическая мастэктомия: достаточно ли желания пациентки? Мнение юристов • ИЦН: проект клинических рекомендаций МАРС

Дорогие коллеги!

Вторая половина XX века оказалась временем грандиозных **фундаментальных открытий** в биологии, физиологии, фармакологии, кардинально изменивших наши представления о причинах многих болезней, а главное — вооружила клиницистов-практиков **новыми методами** диагностики и лечения.

Современные аппараты с высочайшей разрешающей способностью, эндоскопические исследования, ПЦР-диагностика, бурное развитие медицинской генетики позволили совершенно **по-новому увидеть** многие патологические процессы в акушерстве и гинекологии. После блестящей расшифровки генома человека **изменились представления** о ряде наследственных заболеваний: мы получили возможность детального исследования человеческого эмбриона перед его имплантацией в полость матки во время процедуры ЭКО. А это, в свою очередь, позволило **предупредить хромосомные заболевания**, снизить риски неудачных попыток ЭКО и невынашивания.

То, что ещё вчера казалось незыблемым постулатом, сегодня признано малоэффективным или даже вредным для перинатальных исходов. «Триада Николаева», очистительные клизмы перед родами и многое другое уже исторические манипуляции. Диаметрально изменилось наше отношение к рубцу на матке, к позднему гестозу, иммунобиологической несовместимости по резус-фактору, длительности безводного периода. И конечно же, как результат, преобразования сказались на **основных показателях нашей службы** — снизились материнская и перинатальная смертность.

Казалось бы, всё понятно и сегодняшние стандарты уже навсегда. Однако существующие постулаты не могут ответить на новые вызовы. Именно версии и контраверсии — **главный стимул развития** науки, а медицинской науки — в особенности. Каждый из нас, выполняя благородную миссию врача, не может не быть исследователем. Анализ собственного опыта, постоянное **получение новой информации** должны стать программой-минимум каждого специалиста.

Лауреат Нобелевской премии мира (1985) Бернард Лаун писал: «Доктора гордятся тем, что они практикуют доказательную медицину. Но это самая простая её часть. Гораздо труднее практиковать **индивидуальную медицину**». Действительно, сегодняшний уровень науки и технологий уже делает это возможным для персональной медицины. И в этих условиях версии и контраверсии должны стать **главной движущей силой прогресса**.

Член-корр. НАН Республики Казахстан,
директор Международного
клинического центра репродуктологии PERSONA,
президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины,
докт. мед. наук, проф. **В.Н. Локшин**

Status

гинекология аку

#4 [40]

научно-практический журнал для акушеров-гинекологов
и специалистов акушерско-гинекологической службы

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

МАРС

Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liy.ru)
Арт-директор: Лина Разгулина
Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов
Ответственный секретарь редакции: Татьяна Анатольевна Добрецова
Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Катаева
Заместитель ответственного секретаря: Мария Викторовна Кириченко
Научные эксперты: канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Катаева, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Ирина Ипастова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова, Елена Матюхина, Оксана Богдашевская, Ксения Юркинас, Константин Войташевский, Олег Лищук, Дарья Андреева
Препресс-директор: Наталья Лёвкина
Выпускающий редактор: Марина Зайкова
Вёрстка: Юлия Скуточкина, Дмитрий Амплеев
Инфографика: Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Лина Разгулина, Лидия Веллес, Александр Васильевич Киселёв
Корректоры: Елена Соседова, Анастасия Валентей
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Отдел подписки: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презен» (105082, Москва, ул. Бакунинская, д. 98а, стр. 11). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презен» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презен» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 25 000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 8 сентября 2017 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: 8 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: www.praesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шоссейная, д. 40 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Разгулина, фото на обложке: © coka / Shutterstock.com, © Barsukov Vladimir / Shutterstock.com. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори, ТАСС фото.

© ООО «Статус презен»
© ООО «Медиабюро Статус презен»
© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

StatusPra
гинекология акушерство бе

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

12 НОВОСТИ

15 МЕДПОЛИТ

Воспоминания о будущем

Интервью с засл. деятелем науки РФ, членом-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинским

Иванов А.В., Маклецова С.А.

Никакие средства, выделенные на ЭКО, не могут обеспечить рождение тех, кто просто не может появиться на свет в силу уже сложившейся демографической ситуации. Например, в 2017 году школу закончили около 700 тыс. выпускников, что почти в 2 раза меньше, чем в 2005-м — 12 лет назад их было 1 млн 300 тыс.

22

Кто выйдет победителем?

Региональные профессиональные организации на защите прав врача: опыт Кемеровской РОО «Ассоциация акушеров-гинекологов»

Артымук Н.В., Черняева В.И.

29 УГОЛОК ЮРИСТА

Профилактика — без риска

Интервью с генеральным директором компании «Факультет медицинского права», юрисконсультом Полиной Георгиевной Габай

Иванов А.В.

35 ПЕХТ-ПРОСВЕТ

Искусство задать правильный вопрос

Дискуссионные вопросы диагностики и лечения вагинальных дисбиозов у беременных

Роговская С.И., Маклецова С.А., Андреева Д.Г.

44

Вынужденная эмиграция

Улипристала ацетат и миома матки: миграция узла как возможный сценарий

Андреева Е.Н., Раевская О.А.

ens

й брак

содержание номера

55 ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ ЭРА

Бремя ответственности: дышать за двоих

Фаготерапия как метод профилактики обострений риносинуситов у беременных

Лазарева Л.А., Дорофеева Ю.И., Скибицкий В.В., Раевская О.А.

63 CONTRA-VERSION

КОК и эндометриоз: где правда?

Есть ли место КОК в терапии эндометриоза? Дискуссии продолжаются

Радзинский В.Е., Раевская О.А., Маклецова С.А.

73 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Искусство реставрации

Восстановление микрофлоры после антибиотикотерапии — залог сохранения биоразнообразия человеческого микробиома в частности и здоровья в целом

Минкина Г.Н., Ипастова И.Д.

82

Поход «по грибы»

Лечение кандидозных биоплёнок: есть ли надежда на успех?

Смирнова Т.В.

89 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

Фитосредства: новая эпоха протективной гинекологии

Фитопрепараты в терапии доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желёз

Симоновская Х.Ю., Рыжова Т.Е.

99 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Стремящиеся к комфорту

Почему женщины «бросают» гормональные контрацептивы, или Как преодолеть побочные эффекты?

Коренная В.В., Ипастова И.Д.

110

Сценарий драмы с хеппи-эндом

Излечение хронического кандидозного вульвовагинита. Возможно ли это?

Радзинский В.Е., Войташевский К.В., Симоновская Х.Ю.

StatusPraesens
гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

119 ОСТОРОЖНО: АБОРТ!

Основные игроки на скамейке запасных

Почему в России не используют резерв активного деторождения?

Дикке Г.Б.

129 ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

Железная защита: безопасность превыше всего

Лечение железодефицитной анемии беременных

Радзинский В.Е., Войташевский К.В., Бриль Ю.А., Рябинкина Т.С.

Терапия ЖДА, начатая после 25–26 нед беременности, а по некоторым данным, даже после 20 нед — уже запоздала и может стать причиной ятрогении, поскольку анемическая ангиопатия уже нарушила формирование плацентарного ложа.

136

Ягода-журавль: под надёжным крылом

Применение фитосредств при бессимптомной бактериурии у беременных

Оразмурадов А.А., Иванов А.В., Юркинас Е.А.

145 BACK-UP

Авантюризм или путь к бессмертию?

О первых шагах, успехах и неудачах трансплантации репродуктивных органов

Кира Е.Ф.

Не многие из современных врачей смогут ответить на вопрос, кто такой и чем известен Сергей (Самуил) Абрамович Воронов. Информация довольно ограничена: французский хирург российского происхождения; широкую известность приобрёл его метод прививания ткани яичек обезьян к человеческим яичкам.

154

Back in USSR

Своевременные действия и целенаправленные достижения в борьбе с раком шейки матки

Давыдов А.И., Шахламова М.Н.

163 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Ведение пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью

Проект протокола Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

170 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

время перемен

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о версиях и контраверсиях в современной медицине

Главный редактор, член-корр. РАН, проф. Виктор Радзинский

Уважаемые коллеги, читатели журнала! Как известно, преодолевать психологические барьеры — тяжелее всего в жизни. Однако ни один акушер-гинеколог не может позволить себе постоянно оставаться «в зоне комфорта» — работать так, как его научили ещё в институте, ставить авторитетное мнение выше доказательств, не «сверять часы» с последними научными данными. Минувшая четверть века — то самое «время перемен», жить в которое всегда трудно, но очень интересно! Итак, речь снова пойдёт о контраверсиях.

Вряд ли можно найти дословный перевод термина «контраверсия», хотя его смысл кажется очевидным: есть «за» и «против, «pro et contra». Однако очень важно понимать, что это не «противоречие ради противоречия» — это аргументированная позиция, позволяющая найти правильное решение. По сути, контраверсия — единственный путь к самой актуальной версии! Причём выбор этого пути должен быть сделан не по итогам подсчёта голосов согласных и несогласных и не из уважения к мнению самого авторитетного эксперта, а только на основании фактов — результатов, которые подтверждены неоднократно в исследованиях, выполненных по одному протоколу и желательно в разных странах. «Доверяй, но проверяй» — лозунг медицины, основанной на доказательствах!

Мы с вами стали участниками чрезвычайно сложного процесса переосмысления привычной медицинской практики — сложного прежде всего ментально. Лечебные стратегии 1990-х годов (я уж не говорю о 1980-х!) предполагали назначение пациенткам самых новых, самых «сильных» лекарств. В наши дни концепция поменялась — врач должен отказываться от того, что не приносит пользы. А уж мысль о том, что назначенная терапия возможна, поскольку не приносит вреда, просто порочна. Особенно в акушерстве и гинекологии, где каждая необоснованная рекомендация — недопустима. Казалось бы, простая мысль! Но если посмотреть на бесконечные назначения актовегина, витаминов и тому подобных средств, то станет ясно: мы в самом начале пути.

На наших глазах уходит в прошлое понятие «обсервационное отделение». Нигде в мире их не было и нет. Теперь не будет и у нас — доказано, что акушерская инфекция по воздуху не передаётся. И ситуация никак не изменится, даже если рядом будут лежать пациентки с кандидозным вагинитом и даже (не дай Бог!) с пневмонией. Увеличить риск заболевания могут только высококонтагиозные грипп и ОРВИ, однако для таких случаев достаточно изолятора. Не нужно целого отделения на 20–30 коек, в котором пациентка имеет самые большие шансы заразиться.

Есть вопрос и в отношении отделений патологии беременных, правда ответ на него не столь категоричен. У нас, в отличие от всего остального мира, их очень много, но всё же иногда они необходимы. Например, тогда, когда нет пансионата для проживания беременных из удалённых населённых пунктов (а в России только посёлков, где живут меньше 100 человек, 80 тыс.). Нередко бывает, что

[За последние 5 лет в 7 раз возросло число судебных разбирательств с акушерами-гинекологами по искам от пациенток! Но по-прежнему, как и 12 лет назад, наши коллеги практически никогда не подают в суд на тех, кто распространяет клевету.]

женщина должна ехать и 200, и 300 км до родовспомогательного учреждения. Поэтому понятно, что такие отделения должны существовать, но в них не нужно госпитализировать с состояниями, не требующими стационарного лечения (например, с плацентарной недостаточностью). То, что пациентка госпитализирована, — ещё не повод для лекарственной агрессии! Есть прекрасные примеры — и их достаточно много, — когда умные и грамотные врачи смогли убедить территориальные фонды ОМС, что не надо подвергать беременную лишнему риску, назначая то, что не может оказать положительного эффекта, — лишь бы не получить обвинение в некачественной медицинской помощи и отказ в оплате случая.

Ещё одна проблема: бурный поток жалоб пациентов на якобы неправильные действия врачей. В федеральное и региональные министерства здравоохранения, в страховые компании, в фонды ОМС, в Росздравнадзор, в прокуратуру... Недавно СМИ сообщили, что за последние 5 лет возросло число судебных разбирательств с акушерами-гинекологами — аж в 7 раз! Но по-прежнему — как и 12 лет назад, когда мы проводили первое исследование о взаимоотношениях врача и пациентки, — нет ни одного встречного иска о защите чести и достоинства (а если и есть, то о них никто не пишет). Почему-то наши коллеги практически никогда не подают в суд на тех, кто распространяет порочащие их сведения, а попросту — клевету.

Известно, что «кидай грязью — что-нибудь да останется». «Пациентский экстремизм» и растиражированные «жареные факты» создают очень неблагоприятную атмосферу вокруг всех медиков и конкретно вокруг нас — акушеров-гинекологов. А значит, нам необходимо научиться защищаться, как ни странно это звучит. Оказалось, что у пациентов адвокатов много, а у врачей — практически нет. Кроме того, в отличие от других цивилизованных стран, у нас нет и страхования от врачебных ошибок, от которых — простите за невольный каламбур — не застрахован никто. Особенно если учесть, какая тонкая грань пролегает между добросовестным заблуждением и ненадлежащим исполнением должностных обязанностей, халатностью.

Тем целесообразнее представляется деятельность региональной профессиональной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов Кемеровской области» по защите прав врачей. Таких примеров в стране, к сожалению, немного: когда любой специалист, обратившийся в ассоциацию, будет обеспечен активной защитой его интересов, вплоть до суда. Подробный рассказ об этом представлен на страницах текущего выпуска журнала. Надеемся, что этот опыт смогут перенять самые активные — как сейчас говорят, «креативные» — профессиональные общественные организации в других регионах. Замечу, что никому за рубежом и в голову не приходит работать без экспертной поддержки коллег, иначе все заработанные деньги уйдут на покрытие судебных издержек и выплаты страховым компаниям.

В контексте спора «прав ли врач?» чрезвычайно важным аспектом признано соблюдение клинических рекомендаций. В настоящее время все они есть в свободном доступе — на сайтах Минздрава, Федеральной электронной медицинской библиотеки и профильных ассоциаций, многократно изданы в бумажном варианте. Однако, как ни странно, врачи многих, в том числе и крупных, родовспомогательных учреждений о них слышали, их видели и держали в руках, но не читали! Содержание этих документов, от которых может зависеть судьба акушера-гинеколога — возможность его дальнейшего профессионального роста, само право на медицинскую деятельность, — остаётся неизвестным практикующим специалистам.

Всем клиницистам чрезвычайно важно понять то, что давно усвоили зарубежные коллеги: протоколы лечения могут нравиться или не нравиться, но они созданы (в том числе по инициативе страховых компаний) для объективной оценки действий врача. Только с помощью клинических рекомендаций можно подтвердить, что он сделал всё верно, ничего не нарушил, добросовестно и честно исполнял свои должностные обязанности. Об этом — один из материалов выпуска.

Этот номер журнала приурочен к 10-му, юбилейному семинару «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» — крупнейшему научно-образовательному мероприятию, на котором мы открыто обсуждаем, что возможно и что невозможно в нашей профессии. Одна из острейших тем — демографическая ситуация. Конечно, есть определённые позитивные сдвиги — катастрофы, о которой говорят ищущие сенсаций журналисты, нет, — но и до решения проблемы ещё очень далеко. Почему же имеющиеся резервы активного деторождения остаются нереализованными? Одна из публикаций посвящена поиску ответа на этот вопрос.

В России, как и во всех европейских странах, можно наблюдать тенденцию к депопуляции: смертность превышает рождаемость. А ведь начиная с далёкого 1991 года акушеры не уставали повторять: ситуация становится угрожающей! Преодоление «русского креста» затянулось вплоть до 2013 года. А сегодня в репродуктивный возраст вступает немногочисленное поколение рождённых с 1991 по 1999 год. Бессмысленно воевать со статистикой: молодых женщин у нас «физически» мало, браков стали заключать мало, рожают тоже мало, и всё ближе к 30-летнему возрасту! За первое полугодие 2017 года в сравнении с тем же периодом 2016 года мы недополучили более

100 тыс. детей (вдумайтесь в эту цифру!). Что будет к концу года — посмотрим, ждать осталось недолго.

Именно поэтому мы не можем пренебрегать никакими мерами, направленными на сохранение репродуктивного здоровья и женщин, и мужчин, стимулирования и первых, и повторных родов. И это уже большая политика. Ситуация серьёзная, требования к нам будут возрастать — важен каждый рождённый ребёнок. Не следует забывать и о том, что, к сожалению, основным фактором, ухудшающим репродуктивный потенциал нации, по-прежнему остаётся аборт, который многие считают приемлемой заменой предупреждению беременности. До тех пор пока в нашем обществе не удастся преодолеть гормонофобию (чему посвящена значительная часть сочинского семинара), пока не будет достигнуто понимание, что альтернативы контрацепции (любой!) нет, ситуация вряд ли сдвинется с мёртвой точки. Нужно прекратить ухудшать генофонд страны, увеличивать число бесплодных супружеских пар!

Ещё один акцент — чрезвычайно интересные данные, по каким причинам женщины прекращают приём гормональных контрацептивов и как преодолеть побочные эффекты, которые подталкивают их к такому решению. Почти треть тех, кто начинает использовать оральные противозачаточные средства, отказывается от них в течение 3–4 мес, иногда без достаточных оснований. Врач должен знать, что делать в таких случаях — и уметь убеждать!

Не менее острая и даже, не побоюсь этого слова, глобальная проблема связана с инфекциями и микроорганизмами, населяющими человека. Это задача со многими неизвестными, и она до сих пор не решена. Основной причиной обращения женщин к врачу служат вовсе не профилактические осмотры, а выделения из половых путей — клинические проявления того или иного патологического состояния. Ряд научных работ, которые представлены в журнале и будут освещены в докладах на «Сочинских контраверсиях», посвящены именно этой теме: когда надо лечить, а когда не надо ни в коем случае — будет ятрогенный дисбиоз. Несмотря на всю обыденность таких обсуждений, вопрос по-прежнему остаётся камнем преткновения для многих клиницистов. Так, статистика показывает: пациентке в среднем приходится посетить четырёх специалистов, прежде чем она выздоровеет (при вагините или вагинозе) или просто смирится с ситуацией... Не видеть этой проблемы мы не имеем права!

© GRSI / shutterstock.com

[Всем клиницистам чрезвычайно важно понять то, что давно усвоили зарубежные коллеги: протоколы лечения могут нравиться или нет, но они созданы для объективной оценки действий врача.]

Очень рекомендую непременно прочесть чрезвычайно интересную статью проф. Е.Ф. Кира о первых шагах, успехах и неудачах в трансплантации репродуктивных органов. Это не просто очерк об исторических личностях и событиях, но и попытка приоткрыть завесу тайны, кто был прототипом проф. Преображенского из «Собачьего сердца» Михаила Афанасьевича Булгакова. И это абсолютно узнаваемый персонаж — легендарный для своего времени... Дальше читайте сами!

Мы продолжаем «юридический ликбез» клиницистов — что поделаешь, без этих знаний сегодня нам нельзя! Кто предупреждён — тот вооружён! Интервью с экспертом в области медицинского права П.Г. Габай посвящено операции профилактической мастэктомии, позволяющей не только предупредить рак молочной железы, но и снизить риски для врача и медицинской организации.

Можно ли предлагать такую операцию при выявлении мутации генов BRCA, как это было с Анджелиной Джоли? Ответ не так очевиден, как может показаться. Мы начали обсуждать эту тему на московском семинаре весной этого года, и представители одного из крупных лечебных учреждений попросили докладчика ещё раз выступить у них — уже с более продолжительной лекцией.

По сложившейся традиции этот номер попадёт к вам в руки в Сочи, где уже в десятый раз мы сможем не только свободно высказаться по самым злободневным, сложным и важным проблемам акушерства и гинекологии, но и согласовать подходы к успешному их решению. Масштабный образовательный марафон: 4 дня, две площадки, 12 залов, 584 доклада, множество мастер-классов, школ, дискуссионных клубов, «Перекличка перинатальных центров», торжественная церемония награждения лауреатов VI Национальной премии «Репродуктивное завтра России»...

В сентябре здесь собираются те, кто хочет и может изменить существующую ситуацию к лучшему. Успехов всем нам в этом благородном деле! SP

искусство задать правильный вопрос

Дискуссионные вопросы диагностики и лечения вагинальных дисбиозов у беременных

Авторы: Светлана Ивановна **Роговская**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РМАПО, президент Российской ассоциации по гениальным инфекциям и неоплазии (РАГИН); Светлана Александровна **Маклецова**, канд. мед. наук; Дарья Геннадьевна **Андреева**, StatusPraesens (Москва)

На сегодняшний день существует несколько периодически обновляемых клинических рекомендаций по ведению пациенток с заболеваниями влагалища, обусловленными необлигатными патогенами. Однако применительно к такой теме, как «вагинальные дисбиозы и инфекции у беременных», вопросов пока больше, чем ответов. Мировые и отечественные клинические гайдлайны, равно как и актуальная нормативная база, аккуратно обходят стороной несколько очень важных практических аспектов.

Достаточна ли тактика ведения беременных, регламентированная Приказом №572н, для того чтобы своевременно диагностировать бессимптомный или малосимптомный бактериальный вагиноз (БВ)? И не допустить развития вагинитов? А если БВ протекает скрыто — лечить или нет? Стоит ли оставлять беременную и плод «один на один» с вероятными рисками, ставящими под сомнение само вынашивание, а иногда, пусть и редко, угрожающими жизни женщины? Может быть, всё же лучше перестраховаться и начать терапию? Где пролегает граница между беспечностью и акушерской агрессией?

Применительно к теме вагинальных дисбиозов перед акушером-гинекологом, наблюдающим беременную, с самого начала стоит несколько непростых вопросов. Условно их можно разделить на три группы.

Первый блок вопросов касается диагностической тактики — обследовать ли пациентку сверх того, что предписывает Приказ № 572н, если она не предъявляет жалоб? С одной стороны, ненужные исследования будут характеризовать врача как поборника акушерской агрессии, поскольку могут нанести женщине реальный вред, извратив вагинальный микробиоценоз. Однако есть и другая сторона медали: непоставленный диагноз неминуемо приводит к тому, что пациентка останется без адекватной помощи. Как ни странно, оба варианта чреваты судебными разбирательствами — сто́ит только возникнуть какому-либо осложнению гестации.

Второй блок спорных вопросов — тактика при бессимптомном или малосимптомном течении вагинального дисбиоза. Нужна ли терапия вообще? Может быть, по примеру США, где с 2008 года беременную при отсутствии жалоб на бели не обследуют и не лечат[1],

нам тоже следует оставлять женщин в покое в надежде на самовосстановление лактобациллярного пула? Или всё же лечить нужно, но не всех?

Третий блок вопросов без чёткого ответа — целесообразность эмпирической терапии как БВ, так и вагинальных инфекций. Нужно ли ждать результатов обследования до назначения терапии? А если рекомендовать, то что?

Искать или не искать?

При ведении беременных усилия медицинской службы вполне закономерно в большей степени направлены на поиск облигатных патогенов и грибов рода *Candida*. Диагностика же таких состояний, как БВ, нормативными документами не регламентирована. В частности, Приказ № 572н предполагает при постановке на учёт и в III триместре выполнить серологические тесты на сифилис, инфекцию, вызванную ВИЧ-1 и ВИЧ-2, гепатиты В и С, а также микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на *Neisseria gonorrhoeae* и грибы рода *Candida*[2].

Между тем БВ во время гестации — не такое уж и редкое явление. Согласно обзору 86 исследований, опубликованному в 2013 году (у документа громкое название — «The global epidemiology of bacterial vaginosis...»), БВ возникает у 7,5–19,3% беременных[3]. В работе, выполненной в 2014 году, у пациенток этой категории, имевших жалобы на выделения, его частота достигала 31,6%, а у полагавших себя здоровыми — 15,9%[4]. Данные по РФ фрагментарны, однако ведущие российские эксперты оценивают распространённость БВ во время гестации на уровне около 30%[5].

Как бы то ни было, получается, что каждая пятая–седьмая беременная может иметь нарушенный вагинальный микробиоценоз и не догадываться об этом ввиду его мало- или бессимптомности. А риски между тем для самой женщины и плода отнюдь не нулевые.

БВ несёт в себе несомненный риск для гестации: он повышает вероятность хориоамнионита, невынашивания, задержки роста плода, преждевременного разрыва плодных оболочек и недонашивания (чем раньше заболевание манифестирует, тем выше риск[6], вплоть до 7-кратного), родовых травм, послеродового эндометрита.

Дополнительно установлено, что в течение первых лет жизни нервно-психическое развитие недоношенных, чьи матери были больны БВ, осложнившимся воспалением плаценты и плодных оболочек, происходит медленнее[14]. И даже

Почему при беременности страдает вагинальная микроэкология

Почему до трети беременных[4] имеют БВ, причём примерно у каждой пятой женщины он протекает в скрытой форме? В чём причины настолько высокой частоты? Ведь уровень эстрогенов более чем достаточен и клетки слизистой оболочки влагалища содержат необходимое количество гликогена.

Гестация — состояние, связанное с относительной иммуносупрессией, она сама по себе представляет фактор риска инфекционных заболеваний, в том числе репродуктивной системы. Хотя происхождение патологических сдвигов микробного пейзажа до конца не известно — влияние некоторых факторов установлено. Суть дела сводится к уменьшению концентрации лактобацилл ниже того порога, когда они ещё могут сдерживать рост оппортунистических представителей вагинального микробиома. При этом будущая мать может так или иначе быть виновницей происходящего.

Например, женщина сама способна во имя гигиены устроить молочнокислым бактериям «геноцид». Риск БВ повышен у поборниц чистоты, пренебрегающих правилом «струя не должна быть направлена внутрь»[7]. В китайском опросе 2015 года с участием 668 беременных установлено: как ни странно, БВ чаще диагностировали у тех, кто менял нижнее бельё ежедневно[8] (ОР 1,78; 95% ДИ 1,20–2,64). Многие женщины не были знакомы с природой заболевания; они полагали, что частые и тщательные подмывания (vaginal douching) принесут пользу. Таким образом, исследователи заключили, что особенно чистоплотные дамы злоупотребляют гигиеническими процедурами[8].

Другой причиной БВ беременных может быть короткий интергенетический интервал (менее 12 мес) при условии прошлых родов *per vias naturales*. Выяснилось, что беременность, наступившая вскоре после родов, протекает на фоне нарушенного вагинального микроценоза, который не успел прийти в норму[9].

Ещё одним виновником нарушения микробного пейзажа в период гестации может выступать табачный дым[10,11]. Действительно, БВ у курильщиц возникает чаще, а концентрация лактобацилл во влагалище ниже[12]. Табачный дым содержит бензопирен, метаболизирующийся в печени до бензопирен-диол-эпоксидов, обнаруживаемых в цервикальном секрете. В 2000 году установлено, что последние способствуют активации фагов[13]. Бактериофаги — вирусы, умеющие инфицировать прокариоты (то есть бактериальные клетки, в том числе лактобациллы). Это означает, что фаговая ДНК интегрирована в геном бактерии и передаётся следующим поколениям при делении. Довесок чужеродной наследственной информации зачастую вовсе не тяготит хозяина, а, наоборот, повышает его конкурентные качества. Например, он отвечает за синтез веществ, способных подавлять другие колонии. Однако при некоторых обстоятельствах (например, при курении) формирование и сборка частиц вируса внепланово активируются: безобидные квартиранты могут моментально выжигать бактериальные колонии, предоставляя карт-бланш микробам-оппортунистам*.

Однако, согласно обзору, опубликованному в журнале The Lancet infectious diseases commission в августе 2017 года, фаговую гипотезу ещё предстоит подтвердить[10].

* Подробнее см.: Бебнева Т.Н., Добрецова Т.А., Летяева О.И. Молочная кислота и вагинальная микроэкология: новые данные для практического применения // StatusPraesens. Акушерство, гинекология и бесплодный брак. 2014. №22 (5). С. 46–55.

рождённые в срок оказываются подвержены большей опасности РДС и генерализованной инфекции, их чаще приходится переводить в отделение реанимации[15].

Учитывая все потенциальные негативные последствия, очевидно, что вопрос «Обследовать всех или нет?» должен быть прояснён. И пока ответа нет в клинических рекомендациях и протоколах, остаётся полагаться на мнения ведущих экспертов и логику. Скорее всего нужны некие промежуточные решения — обследование только пациенток из групп риска (см. далее) и/или использование простых и дешёвых методов оценки вагинальной микроэкологии.

Без жалоб — обследовать?

Судя по всему, практика отказа от детального изучения вагинальной микроэкологии при отсутствии жалоб — общемировая. Наши коллеги из Туманного Альбиона выполняют серологический скрининг у беременных на ВИЧ, гепатит В и сифилис[16]. В Австралии к этому списку добавлены гепатит С и краснуха[17]. Пациенткам, не проходившим цервикальный скрининг более 2 лет, в срок до 24 нед гестации выполняют Пап-тест[18]. В США Центры по контролю и профилактике заболеваний (Centers for disease control and prevention, CDC) рекомендуют определить антитела к ВИЧ и вирусу гепатита В; подход к остальным генитальным инфекциям и вагинальным дисбиозам зависит от возраста и рисков заражения[19] (табл. 1).

Интересно, что ни в одной из перечисленных стран, в отличие от нашей, в состав рутинного обследования здоровых беременных гинекологический осмотр не входит. К примеру, на сайте Государственной службы здравоохранения Великобритании вагинальное исследование не упомянуто вовсе[20]. В США гинеколог на первом визите может осмотреть пациентку, а также взять цервикальный мазок, однако формулировка «might» указывает на то, что это не обязательно[21].

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 (40) 2017

Таблица 1. Скрининг беременных: рекомендации CDC

Заболевание	Рекомендации по скринингу беременных
Хламидийная инфекция	Первый визит и III триместр: все моложе 25 лет или при повышенном риске заражения Факторы риска: — смена партнёра; — несколько партнёров; — партнёр имеет контакты «на стороне» либо болен ИППП
Гонорея	Первый визит: все моложе 25 лет или при повышенном риске III триместр: при повышенном риске Факторы риска: — проживание в регионе с высокой заболеваемостью гонореей; — ИППП в анамнезе или сейчас; — смена партнёра или несколько партнёров; — один из партнёров ведёт беспорядочную половую жизнь при непостоянном использовании презервативов; — секс за деньги или наркотики
Сифилис	Первый визит: все Начало III триместра: — риск сифилиса повышен; — проживание в регионе с высокой заболеваемостью сифилисом; — не тестированные ранее или тест в I триместре положительный
Бактериальный вагиноз	Польза скрининга бессимптомных беременных с высоким или низким риском преждевременных родов не доказана
Трихомонадная инфекция	Польза скрининга бессимптомных беременных не доказана
Герпесвирусная инфекция	Польза рутинного серологического тестирования бессимптомных беременных не доказана
ВИЧ-инфекция	Первый визит: все III триместр: женщины с повышенным риском
Гепатит В	Первый визит: все III триместр: не обследованы ранее, риск повышен или симптомы гепатита у поступивших на роды Факторы риска: — более одного сексуального партнёра за предыдущие 6 мес; — необходимость диагностики других ИППП или их лечения; — употребление инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящее время; — партнёр положительный по HBsAg
Папилломавирусная инфекция	Нет рекомендаций
Гепатит С	Первый визит: при повышенном риске Факторы риска: — употребление инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящее время; — переливание крови до июля 1992 года; — татуировки; — продолжительный диализ; — известный контакт с вирусом

КОК и эндометриоз: где правда?

Есть ли место КОК в терапии эндометриоза? Дискуссии продолжаются

Авторы: Виктор Евсеевич **Радзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Ольга Анатольевна **Раевская**, канд. мед. наук; Светлана Александровна **Маклецова**, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Несмотря на очевидный прогресс, достигнутый за последнее десятилетие в понимании патогенеза эндометриоидной болезни и разработке лечебных стратегий, сегодня приходится с большим сожалением соглашаться с объективной реальностью — эффективного метода, способного излечить женщину от эндометриоза, до сих пор нет. Избавить пациентку от этого заболевания современная медицина не в силах.

Именно это обстоятельство порождает масштабную исследовательскую активность, заставляет собирать всемирные конференции (последняя — май 2017 года), создавать общества и ассоциации по изучению этого заболевания, искать, находить и формулировать консенсусы также на мировом уровне и неустанно продолжать дискуссии. Одна из таких общемировых спорных тем, особенно сильно «разогретая» за последний год, — возможность назначения пациенткам с эндометриозом комбинированных эстроген-гестагенных контрацептивов.

О напряжённости этой дискуссии ярко свидетельствует хорошо заметная по конференц-активности полярность мнений лучших представителей мировой и российской эндокринной гинекологии. Ту же полярность можно проследить в среде врачей-практиков — и это особенно тревожно, поскольку однозначное «да» и столь же категорическое «нет» от разных специалистов нередко слышит одна и та же женщина.

Редакция SP, несмотря на ряд уже опубликованных мнений, сочла необходимым провести редакционное расследование по теме «КОК и эндометриоз», попытаться по возможности представить взвешенный взгляд на эту проблему и расставить точки над «ё». Тем более что именно в этом сегодня очень нуждаются не только умы практикующих врачей, но и сами пациентки.

Стремясь максимально эффективно суммировать все достижения науки и практики в преодолении эндометриоидной болезни, раз в 3 года эксперты из разных стран собираются для результативного обсуждения и обмена опытом по ведению пациенток с нею. В мае 2017 года в Ванкувере (Канада) прошёл очередной, уже 13-й Всемирный конгресс по эндометриозу. Значимым итогом его работы стал, как ни странно, ...проект дальнейшего изучения заболевания[1]. Невзирая на всю банальность такого вывода, сам по себе этот факт подтверждает простую мысль: мы пока ещё понимаем очень немного.

Тем не менее кое-что всё-таки известно, и поэтому в своей резолюции конгресс, опираясь на уже наработанную систему знаний, сформулировал те наиболее актуальные вопросы, решение которых позволит достичь реального прогресса в преодолении растущей заболеваемости и минимизации последствий этой болезни. Вот эти 10 задач, которые эксперты сочли наиболее важными.

1. Можно ли разработать фармацевтическое средство для окончательного излечения женщины от эндометриоза?
2. Чем эндометриоз может быть вызван?
3. Как построить систему обучения врачей так, чтобы обеспечить более раннюю диагностику эндометриоза и повысить качество лечения и сопровождения пациенток с поставленным диагнозом?
4. Можно ли разработать неинвазивный способ диагностики эндометриоза?
5. Какие методы увеличения и/или сохранения фертильности у женщин с подтверждённым или подозреваемым диагнозом эндометриоза наиболее эффективны?
6. Как можно усовершенствовать диагностику эндометриоза?
7. Какой способ управления эмоциональным и/или психологическим состоянием, вызванным усталостью от проявления эндометриоза, наиболее результативен (в том числе медицинские и немедицинские методы)?
8. Каковы исходы и/или вероятность успеха хирургических или медикаментозных методов лечения, направленных на избавление от эндометриоза, а не на симптоматическую помощь?
9. Как эффективнее всего остановить прогрессирование эндометриоза и/или его распространение за пределы матки (например, после операции)?
10. Какие нехирургические способы (медицинские/немедицинские) управления болевыми и/или прочими симптомами, связанными с эндометриозом, наиболее эффективны?

По мнению координатора проекта, профессора Эндрю Хорна (Andrew Horne) из университета Эдинбурга (Великобритания), поиск ответов на эти непростые вопросы поможет сконцентрировать усилия учёных, практических врачей и общественности, а также увеличить финансирование исследовательских программ, направленных на поиск новых эффективных методов ранней диагностики и лечения как самого́ заболевания, так и связанных с ним осложнений. А вопросы финансирования исследований эндометриоза действительно непраздные.

Чего ждём?

Может ли эндометриоз сам остановить своё прогрессирование? Существуют ли методы немедикаментозного воздействия на гетеротопии? Запрос Google выдаёт более 64 тыс. результатов. Чего только не предлагают интернет-специалисты: травы, иглорефлексотерапию, лечение пиявками, медитацией, психологические и телесно ориентированные методы... К сожалению, непонимание механизмов развития заболевания и жажда наживы дорого обходятся женщинам.

Однако ещё более опасна безграмотность некоторых докторов, избирающих выжидательную тактику при ранних признаках эндометриоза, в результате чего возрастает частота тяжёлых форм бесплодия, резко ухудшается качество жизни пациенток. На практике мы видим, что от момента первого обращения до постановки диагноза проходит 7—12 лет[2,3]... Недопустимо долго!

[Российские и зарубежные эксперты признают хирургическое лечение единственным методом, позволяющим результативно ликвидировать морфологический субстрат эндометриоидной болезни.]

Наши скромные возможности

Лечение эндометриоза — задача со многими неизвестными, в первую очередь благодаря «встроенному» патогенетическому механизму прогрессирования болезни, о котором мы пока знаем явно недостаточно. Именно поэтому и зарубежные, и российские эксперты признают хирургическое лечение (всегда при этом сопряжённое с анестезиологическими и хирургическими рисками) единственным методом, позволяющим результативно убрать морфологический субстрат эндометриоза[4,5].

А вот об излечении хирургическим методом говорить не приходится — по ряду причин. Во-первых, при лапароскопии удаётся устранить лишь видимые очаги гетеротопий. Во-вторых, оперативное вмешательство никоим образом не затрагивает патогенетических основ заболевания, поэтому при наличии эндометрия в организме женщины как физиологической данности ни один хирург не может гарантировать отсутствия рецидива. Именно по этой причине сочетанное воздействие (хирургия и фармакология) сегодня признано наиболее эффективным в предупреждении дальнейшего прогрессирования болезни, но ни в коем случае не в окончательном избавлении от неё.

Медикаментозная терапия в идеале должна искоренять эндометриоз, а не только снимать его симптомы. Однако сложно представить механизм, который вызывал бы избирательную циторедукцию только эктопированного эндометрия, не затрагивая эутопический, поскольку, по всей видимости, гетеротопии исходят из внутриматочного слоя (обе слизистые оболочки имеют единый рецепторный шаблон и биологическое поведение). Таким образом, фармакологическое удаление имплантатов, если это вообще возможно, несёт в себе высокий риск повреждения эутопического эндометрия с потенциальными негативными последствиями для менструального цикла, фертильности и последующих беременностей[6].

Задачи, которые фармакотерапия уже научилась решать на современном этапе, — подавление овуляции, прекращение циклических изменений и достижение стабильно минимального

уровня эстрогенов, что позволяет — только на время фармакотерапии! — остановить рост гетеротопированного эндометрия, добиться затихания воспаления и частично обеспечить регресс эндометриоидных очагов. Для решения этой задачи исследованиями разных лет было предложено семь групп лекарственных средств: КОК (1), гестагены (2), агонисты (3) или антагонисты ГнРГ (4), ингибиторы ароматаз (5), селективные модуляторы прогестероновых рецепторов (6), антигонадотропины (7)[4,5].

Безусловно, список конкретных медикаментов постоянно расширяется (последнее наиболее эффективное «пополнение арсенала» — диеногест[7]), хотя ни одно из предложенных средств не решает главную задачу — полностью устранить морфологический субстрат эндометриоидных гетеротопий. Они «выживают» независимо от дозы и сроков применения препарата и готовы немедленно возобновить свой рост после прекращения терапии[3,8]. Не случайно сегодня в ходу мнение о том, что терапию эндометриоза нужно продолжать вплоть до менопаузы.

Каждая из фармакологических групп обладает своими плюсами и минусами, в том числе побочными действиями, что на практике, в отрыве от статистических отчётов клинических испытаний, представляет собой реальную проблему.

КОК: удобно, но?

Таким образом, перед практикующим врачом стоит непростая задача — имея в качестве ориентира остановку прогрессирования болезни, выбрать оптимальный препарат с учётом всех обстоятельств: стадии заболевания, наличия противопоказаний к конкретному средству, репродуктивных планов женщины, а также, что немаловажно, её финансовых возможностей. При этом следует помнить, что терапия должна быть длительной, вплоть до планирования беременности (и скорее всего после него) или до постменопаузы.

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 (40) 2017

© LeLane / istockphoto.com

фитосредства: новая эпоха протективной гинекологии

Фитопрепараты в терапии доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желёз

По материалам выступлений засл. деятеля науки РФ, докт. мед. наук, проф. Надежды Ивановны **Рожковой** (Москва), докт. мед. наук, проф. Натальи Владимировны **Артымук** (Кемерово), докт. мед. наук, проф. Галины Петровны **Корженковой** (Москва) в рамках V Междисциплинарного форума «Медицина молочной железы» (11–13 мая 2017 года, Москва)

Авторы-обозреватели: Хильда Юрьевна Симоновская, Татьяна Евгеньевна Рыжова, StatusPraesens (Москва)

Продолжительность человеческой жизни в наши дни значительно возросла, если сравнивать, например, с показателями XX века. Ожидаемая средняя длительность жизни женщин, рождённых в 1970 году, составляла 70 лет, а в 2000 году — уже более 80. Надо ли говорить, что столетием раньше 70-летний юбилей могли отметить только единицы? К сожалению, у каждой медали есть две стороны, и мы расплачиваемся увеличением заболеваемости.

Раку молочной железы (РМЖ) принадлежат весьма высокие позиции в рейтинге частоты онкологических диагнозов, что, несомненно, связано с общим «старением» популяции. Противопоставить высокой распространённости «возраст-ассоциированных» опухолей необходимо модификацию факторов риска и совершенствование методик ранней диагностики не только собственно злокачественных новообразований, но и состояний, создающих для них преморбидный фон.

Что касается нераковых болезней молочных желёз, то необходима разработка высокоэффективных патогенетически ориентированных методик, позволяющих обратить вспять нарушения менструальной и репродуктивной функций. Таким образом, проблема профилактики маммологических опухолей перестаёт быть чисто онкологической и переходит в раздел эндокринной гинекологии.

Несмотря на объективные сложности, связанные с увеличением доли пожилого населения, ростом заболеваемости и числа инвалидов, проблемами реформирования здравоохранения, за 10 лет — с 2005 по 2015 год — показатель общей смертности в нашей стране удалось снизить на 16,1%.

В числе прогрессивных подходов, обеспечивших этот несомненный успех, — расширение зоны исследовательского и клинического интереса: теперь речь идёт не только о терапии заболеваний и их последствий, но и о профилактической стратегии, ориентированной в том числе на поиск и устранение патогенетических предпосылок.

Лицо проблемы

Итак, по данным ВОЗ, доля РМЖ в структуре женской онкологической заболеваемости составляет 20,9%, в то же время среди всех причин смерти от злокачественных новообразований у женщин ему принадлежит 2-е место.

Сто`ит отметить, что некоторый прогресс связан с улучшением диа-

Надежда Ивановна Рожкова, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., руководитель Национального центра онкологии репродуктивных органов Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена — филиала НМИРЦ Минздрава России, проф. кафедры клинической маммологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФПК МР Медицинского института Российского университета дружбы народов, президент Российской ассоциации маммологов, лауреат Премии Совета Министров СССР (Москва)

гностики, в том числе с широким внедрением маммографии. Благодаря этой неинвазивной (!) методике в 2016 году у 69,5% пациенток РМЖ был обнаружен на 1–2-й стадиях заболевания. Своевременное и адекватное обследование существенно влияет на прогноз, подтверждением чему служит снижение одногодичной летальности за 10 лет — с 11,5 до 7,3%. Стандартизированный показатель смертности к 2016 году стал меньше на 12,5%, а пятилетняя выживаемость онкологических пациенток возросла до 59,5%[1].

Несмотря на улучшение диагностики РМЖ, ситуация с заболеваемостью ухудшается. По данным 2015 года, прирост этого показателя за 10 лет составил 31,2%, то есть увеличился на треть, а ежегодный прирост числа заболевших достиг 2,7%. Каждый год в России регистрируют 66 621 новый случай РМЖ.

Наибольшую обеспокоенность вызывает негативная тенденция — заболевание всё чаще возникает у молодых женщин. Так, в 2017 году у пациенток 19–39 лет РМЖ диагностируют на 25,2% чаще, чем в 2015 году[1]. Конечно, выживаемость при первой стадии достаточно высока — 94%, однако при четвёртой стадии онкологического процесса цифры несоизмеримо меньше — всего лишь 35%. Таким образом, тенденция к «омоложению» этой нозологии весьма существенно подрывает репродуктивный потенциал страны.

В зоне особого внимания

Правильно организованные диспансеризация и скрининговое обследование женского населения — первый этап системного противодействия высокой смертности от злокачественных опухолей молочных желёз — своевременно диагностированные ранние формы хорошо поддаются терапии. Эффективность этой стратегии не вызывает сомнений: при маммографии, главной составляющей скрининга и «золотого стандарта» диагностики всех непальпируемых форм рака молочных желёз, 2/3 всех диагнозов РМЖ ставят на начальных стадиях, выживаемость в этих случаях составляет 94–98%[1].

Именно маммографические обследования позволили снизить смертность от РМЖ в мире ровно вдвое[2], а в нашей стране за последние 10 лет — на 14,2%[1]. Помимо ранней диагностики рака скрининг позволяет выявлять разнообразные доброкачественные образования, немалая часть которых формирует преморбидный фон для РМЖ.

Территория России огромна, поэтому больше всего впечатляет не «усреднённая» статистика, а конкретные результаты в конкретных регионах. Например, активное вовлечение женщин в маммологический скрининг на территории Ярославской области в 2003–2013 годах обеспечило снижение одногодичной летальности от РМЖ почти в семь раз — до 3,3%, что оказалось значительно лучше показателя по стране.

Важно не просто систематически обследовать женщин, но и побуждать их к активному взаимодействию с врачом и регулярному контролю состояния молочных желёз. Главными профилактическими мероприятиями для тех, кто ещё не вошёл в возраст регулярного скрининга (в рекомендациях различных профессиональных сообществ этот показатель различается, но всегда превышает отметку «40 лет»), то есть в группе от 19 до 39 лет, должны быть следующие.

- Самообследование.
- Клиническое обследование (осмотр и пальпация врачом).
- Анализ прогностических факторов риска.
- Бездозовые лучевые методы исследования для получения объективной информации о состоянии молочных желёз и выделения группы риска по РМЖ: электроимпедансная томография (ЭИТ), радиотермометрия (РТМ) и др.
- При обнаружении патологических изменений (независимо от возраста) необходима маммография, дополненная УЗИ, а при отсутствии нарушений показан повторный бездозовый мониторинг каждые 2 года, вплоть до достижения 40 лет и начала регулярного маммографического скрининга.

Галина Петровна Корженкова, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ клинической и экспериментальной радиологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина (Москва)

По поводу эффективности самообследования мнения экспертов различны: нередки высказывания о неэффективности методики, а некоторые авторы считают её даже вредной. По нашему мнению, если пациентка информирована о том, что самопальпация молочных желёз не заменяет визита к врачу, а ранние стадии РМЖ можно диагностировать только инструментально, то этот дополнительный метод может быть полезен.

Добро побеждает зло. Всегда ли?

Вторым этапом системного противодействия высокой смертности от РМЖ следует считать своевременную диагностику и лечение доброкачественных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ), поскольку многие состояния из этой группы имеют тенденцию к озлокачествлению или же повышают риск онкологического процесса.

Распространённость ДЗМЖ чрезвычайно высока, например, в общей популяции мастопатию диагностируют у 60–80% женщин[3]. Безусловно, эколого-репродуктивный диссонанс вносит свой вклад в патогенез данного заболевания, но «обратной силы» эта закономерность не обеспечивает. Даже высокий паритет и внушительный лактационный стаж не всегда защищают пациенток от этого недуга — у каждой пятой многорожавшей и длительно кормившей грудью женщины всё же диагностируют мастопатию.

В отличие от симптома масталгии, существенно нарушающего качество жизни пациенток с мастопатией, наибольшие сложности для врача представляет противоречивость этого фиброзно-кистозного процесса, формируемого одновременно пролиферативными и инволютивными изменениями тканей молочной железы.

«Коварство» мастопатии обусловлено мозаичностью симптоматики на фоне полиэтиологичности заболевания. Учитывая структурные изменения, наблюдаемые в тканях молочных желёз в течение менструального цикла, весьма непросто бывает отличить патологическое состояние от физиологического. К сожалению, по причине чрезвычайной распространённости симптомы мастопатии нередко ошибочно принимают за нормальные циклические изменения. Не меньше сложностей вызывает дифференцировка доброкачественных и предраковых состояний. Именно поэтому принято считать, что любая форма мастопатии повышает вероятность РМЖ. Это, безусловно, так, однако наибольшую настороженность специалистов вызывают пролиферативные формы заболевания. Относительный риск РМЖ в зависимости от формы мастопатии выглядит следующим образом[4–8]:

- непролиферативные формы — 1,17;
- пролиферативные без атипии — 1,76;
- пролиферативные с атипией — 3,93.

Стратегия профилактики представляет собой коррекцию модифицируемых факторов риска (1–4-й пункты в списке ниже) и тщательное наблюдение за пациентками с немодифицируемыми факторами риска (5–7-й пункты).

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 (40) 2017

[Высокий паритет и внушительный лактационный стаж не всегда защищают пациенток от мастопатии — заболевание диагностируют у каждой пятой многорожавшей и длительно кормившей грудью женщины.]

Загадочность как фактор риска

По мнению проф. Надежды Ивановны Рожковой, молочные железы столь же индивидуальны, как и лицо женщины, и немалый спектр вариаций имеет показатель маммографической плотности. Значительная величина этого параметра не только затрудняет трактовку результатов исследования, но и представляет собой независимый — и отдельно оцениваемый при рентгенологической маммографии! — фактор риска РМЖ.

С точки зрения гистолога маммографическая плотность отражает количество недифференцированных клеток, потенциально способных к вовлечению в процесс злокачественной трансформации[9]. Женщин с маммографической плотностью молочных желёз 25% и более причисляют к группе риска РМЖ, и таких пациенток в популяции около 48%. Это очень много: получается, практически половина женского населения имеет предрасположенность к опухолям груди[10].

Обнаружение высокой плотности тканей при маммографии свидетельствует о снижении эффективности обследования у конкретной пациентки — с 98 до 55%[11]. В этом случае скрининг необходимо дополнить УЗИ молочных желёз.

Результаты обследований пациенток с РМЖ подтверждают значимость этого фактора риска: высокая маммографическая плотность сопровождает 71% пролиферативных мастопатий и 64% РМЖ. У трети заболевших злокачественными опухолями молочных желёз младше 56 лет этот параметр превышал 50%. У здоровых женщин значения, превышающие 50%, увеличивают риск РМЖ вдвое, а плотность более 75% — в 4–6 раз[12].

Высокая маммографическая плотность — даже более весомый фактор риска, нежели семейный анамнез РМЖ или другие репродуктивные факторы. Генетические исследования свидетельствуют, что невысокая степень дифференцировки тканей молочных желёз ассоциирована с гиперактивностью генов воспаления и пролиферации, что весьма напоминает патогенетические особенности РМЖ.

Учитывая перечисленные данные, всех пациенток с такой «индивидуальностью», как маммографическая плотность молочных желёз 50% и более, следует непременно «брать на карандаш» наблюдающему их акушеру-гинекологу.

основные игроки на скамейке запасных

Почему в России не используют резерв активного деторождения?

Автор: Галина Борисовна **Дикке**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР Медицинского института РУДН (Москва)

Копирайтинг: Ольга Катаева

Очередной отчёт правительства РФ за текущий год[1] оставляет двойственные ощущения. Так, численность населения страны на 1 января составила 146,8 млн человек. Более того, можно наблюдать увеличение числа россиян на 267,3 тыс. в сравнении с предыдущим годом. Однако в противовес оптимистическим прогнозам звучит и весьма нелестная оценка структуры населения страны: сокращение численности женщин репродуктивного возраста отразилось на рождаемости. В 2016 году родилось 1893,2 тыс. детей, или на 50,9 тыс. (на 2,6%) меньше, чем за соответствующий период 2015 года. По количеству официально зарегистрированных браков 2016 год «отстал» почти на 175 тыс. от показателя 2015-го.

Так от чего и от кого зависит рождаемость? И в конце концов можно ли ею управлять?

По мнению демографов, основной резерв активного деторождения — молодые женщины 20–24 лет. Однако за последние несколько лет произошёл существенный возрастной сдвиг, и сегодня средний возраст при рождении первенца составляет уже 29 лет. Отложенное материнство не только представляет собой демографическую проблему, но и имеет ряд медицинских последствий. Так, в группе представительниц возрастной категории до 25 лет зарегистрированные браки теперь не доминанта: половина проживающих совместно состоят в неформальных союзах[2].

В 2013 году менее трети женщин (29,3%) в возрасте 20–24 лет зарегистрировали брак[3]. В наше время весьма терпимого отношения общества это было бы не так критично, если бы не понимание того факта, что до 90% молодых и даже юных пациенток уже имеют опыт половой жизни. А отсюда высокий риск половых инфекций, проблема нежеланных беременностей и пока ещё не преодолённая гормонофобия.

Пример одних — другим наука

Весьма показательным для России в целом можно считать опыт специалистов Забайкальского края. В опубликованных в 2015 году результатах исследования здоровья и фертильности молодых женщин 18–25 лет выявлено сразу несколько настораживающих тенденций[4]. Из 1225 участниц исследования почти 20% оказались бесплодны, причём первичную форму бесплодия выявили у 13%, а вторичную — у 7% пациенток (табл. 1), что серьёзно отличается от общемировых тенденций, где преобладают вторичные формы инфертильности.

Ведущей причиной бесплодия был определён трубно-перитонеальный фактор (53%), что свидетельствует о высокой частоте перенесённых воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). В целом заболеваемость ИППП (а именно эта причина нередко лидирует среди «виновников» ВЗОМТ) в данном регионе составляет для гонореи 39,3 на 100 тыс. человек (против общероссийского показателя 20,5), хламидийная инфекция выявлена у 38,2 (41,3 в РФ), трихомонадная инфекция — у 114,1 (62,9). В качестве иных причин инфертильности у участниц исследования выявлены эндокринные заболевания (33%), сочетание овариальных кист с непроходимостью маточных труб (9%), опухоли яичников и СПКЯ с трубным бесплодием (по 5% соответственно), трубно-перитонеальное бесплодие с хроническим эндометритом (4%). При этом 85% пациенток, страдающих бесплодием, не планируют беременность в дальнейшем (не обращаются к врачу для лечения). «Сгустить краски» проблемы позволяет ещё и тот факт, что частота абортов в Забайкальском крае составляет 29,9 на 10 тыс. женщин фертильного возраста против 20,9 в РФ и 15,2 — в Центральном федеральном округе[5].

Приведённый пример освещает ситуацию с репродуктивным здоровьем женщин всего лишь одного, причём не самого неблагополучного региона России. Однако это позволяет получить представление о том, как в стране в целом обстоят дела

с таким непростым и социально значимым вопросом — репродуктивным и контрацептивным поведением наших соотечественниц. Да и не просто представить себе ситуацию, а наметить стратегию преодоления высокой распространённости ИППП и абортов как метода устранения нежеланной беременности.

Если бы молодость знала...

С 2008 года под пристальным вниманием статистики оказался показатель динамики абортов в различных возрастных категориях пациенток. Результаты наблюдений (табл. 2) демонстрируют бо́льшую «продвинутость» поколения юных девушек в отношении контрацепции (ряд экспертов утверждают, что барьерные методы используют до 85% девушек, а КОК — 8%). По всей видимости, это и стало одной из причин высокого темпа снижения числа абортов у девушек 15–19 лет: за период 2008–2015 годов этот показатель уменьшился в 2,7 раза — с 25,3 до 9,5 на 1 тыс. женщин соответствующего возраста. При этом в возрастной структуре абортов доля 15–19-летних составила 1,12% (за 2014 год). А вот в развитых странах (Великобритания, Германия, США и др.) аборты в этой возрастной группе составляют 20–25% от числа всех выполненных прерываний нежеланной беременности. Специалисты полагают, что это связано с недостаточной информированностью и опытом применения контрацептивов юными женщинами за рубежом.

С переходом в возрастную группу 20–24 лет динамика рождаемости стабилизируется на уровне 90‰, что обусловлено сдвигом возраста появления первенца в группу 27–28 лет при показателе абортов 33,3 на 1 тыс. женщин фертильного возраста (ЖФВ). Это в 3,5 раза выше, чем в группе юных.

Возрастной промежуток от 25 до 34 лет — стратегический резерв активного деторождения. При этом в 25–29 лет уровень абортов 39 на 1 тыс. ЖФВ, а рождаемость достигает 112,6‰. И оба этих показателя оказываются выше, чем у представительниц возрастной группы 20–24 года. А вот в 30–34 года аборты и рождаемость идут на спад: 36 на 1 тыс. ЖФВ и 83‰ соответственно. Остаётся только догадываться, что влияет на готовность женщин к деторождению в определённом возрасте.

В части, касающейся

При поверхностном взгляде на динамику абортов и рождаемости может сложиться впечатление о том, что между снижением абортов и увеличением рождаемости есть закономерная связь. Увы, это не так.

В промежутке 20–29 лет на фоне существенного роста рождаемости можно наблюдать чуть менее заметный прирост числа искусственных прерываний нежеланной беременности. К 30–39 годам картина меняется на противоположную, но, что интересно, как раз рождаемость падает гораздо быстрее, чем уменьшаются аборты. Представительницы старшего репродуктивного возраста, по большей степени уже выполнившие свой план деторождения, демонстрируют достаточно низкий уровень обоих учитываемых показателей. Однако аборты женщинам из группы 40–49 лет всё же выполняют чаще, чем происходят роды.

Ещё одно интересное наблюдение можно сделать из материалов Росстата: репродуктивная активность россиянок к 2015 году возросла, причём наиболее показательно в возрастных группах 30–34 и 35–39 лет (табл. 3).

Таблица 1. Эпидемиология и структура бесплодия у девушек 18–25 лет Забайкальского края (Фролова Н.И. и др., 2015)

Показатели	Частота, %
Фертильны	26
Предполагаемо фертильны	19
Применяют методы контрацепции (категория неустановленной фертильности)	35
Бесплодны:	20
Первичное бесплодие	13
Вторичное бесплодие	7
Из них: трубно-перитонеальный фактор	53
Не планируют беременность в дальнейшем	85

Таблица 2. Возрастные темпы снижения количества абортов

Возрастные группы, лет	Снижение количества абортов за последние 8 лет (2008–2015), %	Среднегодовые темпы снижения абортов, %
15–19	62,5	8,9
20–24	42,5	6,1
25–29	37,7	5,4
30–34	31,7	4,5
35–39	26,8	3,8
40–44	21,0	3,0

Таблица 3. Динамика «аборты/рождаемость» за 2008 и 2015 годы

Возрастные группы, лет	Снижение количества абортов, %	Повышение рождаемости, %
25–29	37,7	17,9
30–34	31,7	27,7
35–39	26,8	35,2

Фактически это косвенное свидетельство того, что молодые женщины не спешат рожать, предпочитая сначала получить образование, сделать определённые шаги по карьерной лестнице. Вероятно, именно поэтому всё чаще в обществе возникают вопросы, а иногда даже споры и серьёзные дискуссии о необходимости и востребованности пациентками эффективных методов контрацепции. Сторонники контрацепции не устают повторять о том, что женщина имеет право на рождение желанного ребёнка в желаемое время, равно как и право на сохранность собственного здоровья, в том числе репродуктивного. Противники же не устают нагнетать гормонофобию и «обвинять» контрацептивы в снижении рождаемости.

Матримониальные планы и репродукция

Проведённые в различных регионах РФ исследования свидетельствуют о том, что уже к 18 годам около 70% юношей и девушек имеют опыт сексуальной жизни и использования контрацептивов[6,7]. При этом оформление брачных отношений для них вовсе не важно. Средний возраст российской невесты в первом браке приблизился к 24 годам. В 2013 году менее трети женщин (29,3%) в возрасте 20–24 лет зарегистрировали брак[3].

Однако в течение года перед наступлением беременности доля незамужних падает с 87 до 68%. Вслед за этим наблюдают рост числа браков, при которых невесты уже беременны. И тем не менее на момент рождения первенца не состоит в браке каждая четвёртая девушка в возрасте 20–24 лет[3]. В 2010 году именно этими женщинами рождены 24,7% детей в стране[8].

Сравнение возрастных коэффициентов рождаемости за 1990–2012 годы показывает смещение ярко выраженного пика этого показателя с возрастной группы 20–24 года на 25–29 лет (106,6‰)[8].

По сравнению с 2008 годом интенсивность абортов, выполненных пациенткам в возрасте 20–24 лет, снизилась на 42,5%[5].

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 (4ф) ф2/2017

© Realstock / Shutterstock.com

ДА БУДЕТ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ!

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИЦН И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ*

88-я полоса

АНАМНЕЗ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И/ИЛИ ПОЗДНИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ

ДВА ЭПИЗОДА И БОЛЕЕ (В 16–28 нед)

Комплекс пренатальной диагностики I триместра

Профилактический **серкляж** в 14–16 нед

ОДИН ЭПИЗОД (В 16–34 нед)

Исключить ПОНРП**, многоплодие; **pH-метрия и посев** из цервикального канала; посев мочи при первой явке; при необходимости санация

Цервикометрия с 16 до 24 нед:

каждые 14 дней — при длине цервикального канала **30 мм и более**;

каждые 7 дней — при длине цервикального канала **менее 30 мм**

Ранее 24 нед цервикальный канал 25 мм и менее

Серкляж до 24 нед (в анамнезе преждевременные роды, ПИОВ****, травмы шейки матки) **или** интравагинальный **прогестерон** 200 мг/сут до 34 нед***

После 24 нед цервикальный канал 25 мм и менее

Акушерский пессарий (антибиотики, нейропротекция и др.) **или** интравагинальный **прогестерон** 200 мг/сут до 34 нед***

НЕТ (РАНЕЕ 34 нед)

На втором скрининговом УЗИ цервикальный канал **менее 25 мм**

Признаки преждевременных родов

Есть — госпитализация в стационар III уровня, токолиз, профилактика РДС плода

Признаки **купировать не удаётся** — преждевременные роды (антибиотики, нейропротекция и др.)

Нет — интравагинальный прогестерон 200 мг/сут до 34 нед***

Признаки **купированы** — интравагинальный прогестерон 200 мг/сут до 34 нед***

На втором скрининговом УЗИ цервикальный канал **более 25 мм**

Наблюдать

* Согласно проекту клинического протокола МАРС «Ведение пациенток при истмико-цервикальной недостаточности».

** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

*** Пациенткам, получающим дидрогестерон с прегравидарного этапа или ранних сроков беременности, показано продолжение приёма препарата до 20 нед согласно инструкции, лишь затем целесообразен переход на интравагинальный прогестерон 200 мг/сут до 34 нед.

**** Преждевременное излитие околоплодных вод.

КОНГРЕССЫ И СЕМИНАРЫ StatusPraesens

8–10 февраля Санкт-Петербург

IV Общероссийская конференция с международным участием

«ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ К ЗДОРОВОМУ МАТЕРИНСТВУ И ДЕТСТВУ»

Отель «Санкт-Петербург»

29–31 марта Москва

III Общероссийский семинар

«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: МОСКОВСКИЕ КОНТРАВЕРСИИ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»

17–19 мая Новосибирск

IV Общероссийский научно-практический семинар

«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Дворец культуры железнодорожников

31 мая — 2 июня Москва

III Национальный конгресс

«ОНКОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ: ОТ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ К ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ»

VI Междисциплинарный форум

«МЕДИЦИНА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»

8–11 сентября Сочи

XI Общероссийский научно-практический семинар

«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

IX Всероссийская научно-практическая конференция и выставка

«ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА»

Зимний театр и гранд-отель «Жемчужина»

25–27 октября Москва

V Междисциплинарный форум с международным участием

«ШЕЙКА МАТКИ И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ»

Гостиница «Рэдиссон Славянская»

15–17 ноября Казань

VI Общероссийский семинар

«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ*»

Korston Hotel & Mall Kazan

Февраль

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

Март

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Апрель

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	1	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

Май

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Июнь

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Сентябрь

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Октябрь

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Ноябрь

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Тел.: +7 (499) 346 3902; e-mail: info@praesens.ru. Сайт: praesens.ru;
группа ВКонтакте: vk.com/praesens; группа в Фейсбуке: facebook.com/stpraesens;
профиль в Инстаграме: instagram.com/statuspraesens

* Дату проведения уточняйте на сайте.