

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#4 [121] 08 / 2025 / StatusPraesens



тема
No

Это не норма!

Объявленная недавно репродуктивная диспансеризация — архаизм! • Конкретика антиэйджинга: питьевой режим и физическая нагрузка, удлиняющая теломеры • Резолюция экспертного совета МАРС по вульвовагинальной атрофии: что мы упускаем? • Действующие критерии диагностики СПЯ демонстрируют большую вариабельность и несовершенство современных технологий верификации • Биоплёнки бактериального вагиноза могут служить резервуаром для хламидий, способствуя их передаче и распространению



Дорогие читатели!

Демографическая ситуация в нашей стране весьма непростая, и **эффективных рычагов** влияния на неё **крайне мало**. Увы, росту рождаемости не способствуют ни возможности современной науки и медицины, ни предпринимаемые государством материальные стимулы, ни авторитетные мнения и уговоры экспертов и общественных деятелей. Рождаемость не просто падает, она **бьёт антирекорды**. По данным Росстата, в апреле 2025 года родилось 95 тыс. человек, а умерло — более 165 тыс. Далее Федеральная служба государственной статистики **прекратила публиковать** важнейшую информацию о рождаемости и смертности населения. Вероятно, сегодня дела обстоят ещё хуже.

Однако исчезновение статистических данных из официальных источников не поможет решить демографическую проблему. И мы **должны продолжать** свою **жизненно необходимую (!)** работу. Для нас **критически важны** здоровье **каждой** будущей матери, **каждая** возникшая беременность, жизнь **каждого** рождённого ребёнка. Всё это помогает сохранить и укрепить репродуктивный потенциал страны. И если влиять на социально-экономические аспекты мы не в силах, то медицинская составляющая — совершенно точно **в нашей компетенции**.

В свете нового национального проекта «Семья», стартовавшего по инициативе президента РФ в январе 2025 года, наша профессия **приобретает особенную актуальность**. Яркие лидеры, преданные делу, стремящиеся к развитию науки и активно способствующие продвижению актуальных идей и новых взглядов в медицине, вдохновляют нас всех. Один из них — главный редактор SP **Виктор Евгеньевич Радзинский**. В медицинском мире произошло важное событие — он **стал академиком!** Это достижение — огромная честь и радость для всего коллектива. Мы гордимся, что имеем возможность работать под руководством такого невероятного специалиста.

За долгие годы работы в родовспомогательном учреждении я поняла, что важно не только оказание квалифицированной лечебно-диагностической помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым. Грандиозных успехов не просто будет достичь без опытных сотрудников, которые должны быть не только **компетентными** профессионалами, но и **чуткими и милосердными** людьми.

Не менее значим **индивидуальный человеческий подход** к каждому пациенту. Мягкие естественные роды с минимумом медицинских вмешательств, контакт «кожа к коже» с первых минут жизни младенца, прикладывание к груди, совместное пребывание в палате — всё это формирует положительный опыт беременности и родов.

Бороться с заболеваниями, подрывающими репродуктивный потенциал, укреплять здоровье женщин и помогать появляться на свет маленьким россиянам — вот **наши основные миссии**. В новом номере SP мы продолжаем традицию глубокого анализа и обсуждения важных тем, волнующих прогрессивных медицинских специалистов. Дорогие коллеги, желаю всем нам профессиональных успехов!

Главный врач Межрайонного родильного дома
города-курорта Кисловодска,
канд. мед. наук **Г.М. Левченко**

Status

гинекология акуш

4 [121] 08 / 2025 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук,
проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liq.ru)

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора по науке: канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Ответственные секретари редакции: Надежда Михайловна Васильева, Ксения Валерьевна Арефьева

Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев,
канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Медицинские и литературные редакторы: Ольга Раевская, Сергей Дьяконов

Ольга Быкова, Мила Мартынова, Никита Катаев, Анастасия Хробостова, Полина Царёва

Препресс-директор: Нелли Демкова

Художественный директор: Лина Тавдумадзе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скучоткина

Выпускающий редактор: Марина Осипова

Инфографика и дизайн: Ирина Климова

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская

Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@praesens.ru)

Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (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 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 20 августа 2025 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №29724. 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 Тавдумадзе с использованием нейросети Kling. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков iStock, TACC-фото.

© ООО «Статус презенс»

© ООО «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радзинский Виктор Евсеевич

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Андреева Маргарита Дарчоевна (Краснодар)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)
Лебедеженко Елизавета Юрьевна (Ростов-на-Дону)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)

Мингалёва Наталия Вячеславовна (Краснодар)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Попандопуло Виктория Александровна (Майкоп)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахавутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семёнов Юрий Алексеевич (Челябинск)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукус Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Вариативность норм

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о важности правильного подхода к профессии, работе и здоровью пациенток

12 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ



«Отстаньте от женщины!»

Ведущий акушер-гинеколог — о факторах, влияющих на демографию Терехина В.

Ухудшение демографической ситуации в мире — процесс, заставляющий специалистов самого разного профиля искать реальные способы его преодоления. Исключительно надёжных методов повышения рождаемости до сих пор нет — добиться этого искусственным путём ни одна страна пока не может. Однако бездействие лишь усугубит и без того тревожный тренд на депопуляцию.

25 ИНФОРМОПЫЛЕНИЕ

Антиэйджинг: факты и аргументы

Конкретика антиэйджинга: питьевой режим и физическая активность Ипастова И.Д., Маклецова С.А.

Антиэйджинг сталкивается с серьёзной проблемой — информационным изобилием. Многочисленные лекции, курсы, школы, вебинары, конференции создают шум, в котором порой сложно найти полезные советы. Микронутриенты, витамины, минералы, БАДы с непредсказуемым составом, лекарства, капельницы, процедуры «омоложения» — всё это смешивается в один неразборчивый поток информации. А между тем антиэйджинг нужно начинать с простого.

29 ПЕХТ-ПРОСВЕТ



Ветер перемен

Возможности лечения менопаузальных и метаболических расстройств Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Общественная стигматизация проблемы менопаузальных расстройств ведёт к недооценке негативных последствий, которые нередко бывают фатальны для пациенток. Потенцирует все эти риски ежегодно растущая распространённость инсулинорезистентности женского населения, неизменными атрибутами которой остаются сахарный диабет, ожирение и артериальная гипертензия.

35 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Без компромиссов

Вульвовагинальная атрофия: время действовать

(по материалам выступлений В.Е. Радзинского, В.Е. Балан, М.Б. Хамошиной, М.И. Ярмолинской, Л.В. Покуль, А.Э. Протасовой, Е.С. Силантьевой)

Катаев Н.А.

43 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Здоровая экономия, а не экономия на здоровье

Современные стратегии снижения тромботических рисков на фоне КОК

Ярмолинская М.И., Быкова О.А.

В числе факторов риска венозной тромбоэмболии использование КОК — одно из самых дискутируемых и чрезвычайно важных. И если вопрос «назначать ли КОК» уже пересёк экватор споров, то «какой КОК назначить» — всё ещё в стадии обсуждения. Посмотрим на проблему эффективной контрацепции с точки зрения безопасности и снижения угрозы тромбогенных осложнений.

51 VIA SCIENTIARUM

«Маршрут построен»...

Диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников: как выбрать правильное направление

Ярмолинская М.И., Быкова О.А.

В 2021 году авторы обзора критериев диагностики СПЯ продемонстрировали большую вариабельность и несовершенство современных технологий верификации этого заболевания. Однако, помимо поиска недостатков, учёные предлагают и ряд обоснованных выводов о том, какие из ныне существующих диагностических критериев станут практикующему врачу настоящим подспорьем.

56



Пролонгированный контроль

Долгосрочный менеджмент пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом

Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Искусственный интеллект — уже не фантастика, а реальность наших дней. С невероятной скоростью появляются решения, способные трансформировать привычные процессы, менять представления об управлении, бизнесе, творчестве и, конечно, здравоохранении. Виртуальный разум в настоящее время уже занял свою полноценную нишу в различных областях медицины и эффективно помогает диагностировать, а иногда и прогнозировать исходы заболеваний. Но насколько он эффективен в акушерстве и гинекологии?

61 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

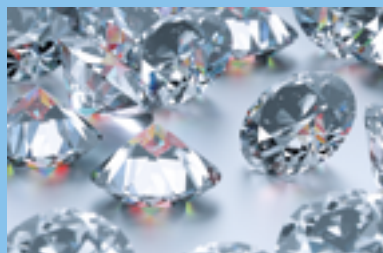
Хватит терпеть

Дисменорея — проблема, которую нельзя игнорировать

Кулешов В.М., Катаев Н.А.

В современном обществе многие женщины воспринимают боль во время менструации как нечто естественное и неизбежное. Этот опасный стереотип прочно поселился не только в сознании пациенток, но и находит одобрение у некоторых «специалистов». Фраза «родишь — пройдёт» только усугубляет этот миф. Такие утверждения не только ошибочны, но и опасны, поскольку игнорируют потребность женщин в своевременной диагностике и лечении боли, превращая её в часть «нормального» жизненного опыта.

66



Грани научного поиска

Философия микробных биоплёнок: новые горизонты познания проблемы

Хрянин А.А.

Тесное соседство и содружество между микроорганизмами в биоплёнке облегчает активный обмен генетической информацией между различными штаммами посредством плазмид. Это также способствует развитию лекарственной устойчивости. Одновременно с этим продукция различных ферментов позволяет защитить чувствительные к антибиотикам микроорганизмы.

73

BACK-UP

Теряя железную хватку

Снижение риска железодефицитной анемии до и во время беременности

Раевская О.А., Мартынова М.А.

79

ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ
ЭРА

Против эволюции

Антибиотикорезистентность — глобальная проблема современности

Гомберг М.А., Катаев Н.А.

Несмотря на существующие рекомендации, повсеместное нарушение правил назначения противомикробных средств уже давно стало серьёзной проблемой. Врачи порой сталкиваются с давлением со стороны пациентов, которые требуют прописать им антибиотики, или, что ещё хуже, делают это из-за недостаточного уровня своих знаний. Не менее тревожной выступает ситуация с самолечением. Многие люди самостоятельно приобретают антибактериальные препараты. Сложившаяся ситуация — задача «со звёздочкой», которая требует усилий каждого звена в цепи «врач—фармацевт—пациент».

84

ЛИТЕРАТУРА

ВАРИАТИВНОСТЬ НОРМ

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о важности правильного подхода к профессии, работе и здоровью пациенток



Главный редактор, акад. РАН, проф.
Виктор Радзинский

В нашей профессии мы **постоянно говорим о «норме»** — нормальная беременность, нормальный менструальный цикл, нормальная микробиота влагалища, нормальная масса тела. Однако что считать ею? Давайте обратимся к определению.

«Норма» (от лат. — «правило») — термин для обозначения некоего **эталона, образца, правила**. Его используют также для указания некоторой характеристики — допустимого диапазона, **усреднённой или среднестатистической** величины. В **Международном бюро мер и весов** (Севр, Франция) хранятся ключевые квантовые эталоны метра и килограмма и **эталон** координированного универсального времени. В трёх российских научно-исследовательских центрах находятся эталоны длины, массы, силы электрического тока, термодинамической температуры, единиц силы света и светового потока непрерывного излучения и многие другие.

Однако ни в одной организации, научной или медицинской, **нет эталона пациентки**, даже теоретического. И его быть не может, поскольку **каждая женщина — индивидуальна**, со своими собственными физическими, физиологическими, этническими, эмоциональными, культурными и социальными составляющими. Да, обсуждая вопросы женского здоровья или выбирая лечебные и профилактические тактики, мы вынуждены «приближать» каждую ситуацию к некоему стандарту, прописанному в учебниках, клинических рекомендациях и других нормативных документах и сформированному за долгие годы нашего личного практического опыта. Однако даже в этом случае не стоит забывать об уникальности каждой больной и о **персонифицированном подходе**.

Реалии современной жизни таковы, что сами женщины считают многие нездоровые явления вариантом нормы. Именно отсюда вытекают нередко **запущенные процессы** — инфекционно-воспалительные, эндокринные, онкологические. А всё потому, что вовремя не спохватились, не обратили внимания на патологические выделения из влагалища, метаболические нарушения, болевой синдром и не посетили специалиста. Да и что говорить, если до сих пор женщины уверены, что болезненные менструации, диспареуния, сухость во влагалище и приливы жара — это **женская участь**, так бывает у всех и нужно просто перетерпеть.

Кстати, иногда так считают и врачи, особенно если это **прямо не угрожает здоровью и жизни** пациенток. Например, считать ли «задержку» на пару дней отклонением? А небольшое головокружение во время беременности? А эпизод боли при половом контакте? Зачастую от **своевременного** диагностического озарения зависит благоприятный исход. Сегодня можно корректировать многие патологические состояния, но важно делать это вовремя. Упустим момент — высок риск, что получим **критическую ситуацию**, в которой придётся спасать здоровье, а иногда и жизнь жен-

щины с помощью междисциплинарной команды докторов.

Так быть не должно! Нам, специалистам репродуктивной медицины, жизненно важно **работать на опережение**, обращать внимание на **малейшие настояраживающие нюансы** и чётко понимать, когда отклонение в показателях, симптомах, самочувствии пациенток — не норма!



Пожалуй, самая распространённая «не норма» — **дисменорея**. По различным данным, её распространённость в мире достигает 81%! То есть большинство женщин ежемесячно испытывают мучительные болевые ощущения и **терпят их годами**, не зная, что этого можно избежать. Более того, пациентки нередко даже не озвучивают такую жалобу на приёме у врача, считая, что так и должно быть и с этим ничего не поделать. Однако разве это нормально, когда что-то лишает трудоспособности, активности, психического и физического комфорта даже на несколько дней? Ответ очевиден, и я призываю акушеров-гинекологов **активно бороться** с подобными устоявшимися бытательскими стереотипами.

[Дисменорея — это не просто дискомфорт, возникающий на фоне менструации, и не симптом, а состояние, имеющее код в МКБ-10, то есть самое настоящее заболевание, требующее наблюдения и лечения.]

Дисменорея — это не просто дискомфорт, возникающий на фоне менструации, а состояние, имеющее код в МКБ-10, — N94 «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом» (N94.4. «Первичная дисменорея», N94.5. «Вторичная дисменорея», N94.6. «Дисменорея неуточнённая»). То есть, по сути, это не симптом, а **самое настоящее заболевание**, требующее наблюдения и лечения. Её считают одним из проявлений гормональной дисфункции и маркером грядущих или уже имеющих дисгормональных нарушений и заболеваний репродуктивной системы. Кроме того, болезненные мен-

струации ассоциированы с повышением вероятности эндометриоза (например, при первичной дисменорее).

Хочу особенно подчеркнуть актуальность этой проблемы, поскольку под ударом находятся, как правило, **молодые женщины**, часто ещё не реализовавшие свой репродуктивный потенциал. Выявление у них дисменореи — отличная возможность предотвращения «на подлёте» неблагоприятных осложнений, которые в будущем могут помешать им стать матерью. Акушеры-гинекологи должны доносить до пациенток, что боль во время менструации — не норма и таких ощущений быть не должно.



Ещё один интересный аспект, касающийся нормы. Многие обыватели знают, что нужно есть больше свежих овощей и фруктов и вообще **сбалансированно питаться**, однако конкретных цифр не назовёт никто — ни по количеству, ни по граммам. Впрочем, абстрактные рекомендации по правильному питанию вряд ли помогут укрепить здоровье конкретного человека, поскольку важно учитывать его индивидуальные особенности, привычный рацион, экономиче-

дефицит. Проблема женской анемии остроактуальна и вне беременности, но в **особой категории риска** находятся пациентки, готовые стать матерями. По данным ВОЗ, более трети женщин фертильного возраста (15–49 лет) в мире имеют низкий уровень гемоглобина, а это грозит множеством осложнений. Россия «не отстаёт» от общемировых тенденций — в большом количестве регионов частота железодефицитной анемии у будущих матерей **превышает 40%**.

ВОЗ давно озабочена этой проблемой. Ещё в 2016 году был принят международный консенсус (его, кстати, подписали почти 200 стран), содержащий конкретные указания: **3 мес в году подряд** каждая менструирующая женщина в возрасте 15–49 лет должна **ежедневно** получать **30–60 мг железа**. Но... Ни в одной стране мира эта простая рекомендация не выполнена!

Конечно, есть беднейшие государства, где людям негде жить и не на что купить еды, им не до лекарственных средств для коррекции анемии. Однако в России дела обстоят не так критически плохо, и **большинству граждан доступны** многие ферропрепараты (учитывая их широкий ассортимент) — стоимость такой профилактики обойдётся в сумму от 400 руб. в месяц.

Так в чём же дело? Вероятно, пациентки не подозревают о такой проблеме, либо у них **нет информации** о необходимости коррекции железодефицитных состояний во избежание грозных осложнений для здоровья в целом и репродуктивной системы в частности. Об этом им должны рассказывать акушеры-гинекологи. Задание прямо на сегодня — обсудить **адекватную ферроготацию** с каждой женщиной на приёме.



Мы живём в **эпоху антибиотикорезистентности**. Одна из основных причин — **нерациональное использование** антибактериальных препаратов, из-за чего когда-то эффективный и спасающий жизни инструмент борьбы с инфекциями превратился в орудие вредительства и угрозу для здоровья и жизни людей. Всё пошло от профилактических назначений антибиотиков врачами при любой простуде, когда можно было бы обойтись симптоматическими средствами, беспрепят-

ственного (безрецептурного) отпуска из аптек, самолечения граждан, спешащих поскорее начать принять противомикробное средство при появлении насморка, боли в горле и повышении температуры тела, несоблюдения рекомендованного курса приёма — пропили день-другой и бросили, потому что симптомы утихли.

При этом и сами **возбудители инфекций эволюционировали**, стали сильнее, умнее, изощрённее. Они приобрели способность отражать действие медикаментов путём их удаления из своих клеток или изменения мишени воздействия, научились вырабатывать защитные ферменты, стали образовывать сплочённые сообщества — **биоплёнки**, ещё более прочные и сильные, умеющие противостоять самым эффективным лекарственным средствам.

Вполне реальная и, увы, **неизбежная перспектива**, ожидающая человечество в скором времени, — невозможность вылечить инфекции даже с применением самых современных и резервных антибактериальных препаратов. Однако это мало кого волнует — медикаменты продолжают использовать неправильно, нерационально. Если ситуация не изменится (а каковы предпосылки для этого?), то, по предположению экспертов ВОЗ, к 2030 году около 100 млн человек умрут преждевременно. По примерным подсчётам, глобальная **ежегодная** смертность от самых распространённых лекарственно-устойчивых штаммов инфекций уже составляет **700 тыс.** человек, а к 2050 году она может достичь **10 млн.**

Казалось бы, выход — в создании новых лекарственных средств. Однако это не настолько быстрый процесс, да и стремительный рост антибиотикорезистентности всё равно играет на опережение. Сейчас существует **около 50** антибактериальных препаратов, но **только восемь** из них признаны ВОЗ инновационными. При этом высока вероятность, что свою эффективность такие новинки сэкономят на весьма непродолжительный срок — антибиотикорезистентность появляется уже через год после внедрения в практическую медицину.

К большому сожалению, славная эра антибиотиков подходит к концу — сегодня их возможности исчерпаны, и теперь они чаще приносят вред, чем пользу. Вся надежда на новые исследования, нанотехнологии и разработки **альтернативных**



препаратов для профилактики и лечения инфекционных заболеваний (антисептиков, биотехнологических, фитотерапевтических, бактериофагов и др.). Однако это время, инвестиции, силы и другие ресурсы, которых может не оказаться для оперативного решения проблем. Ещё один из возможных выходов — возвращение к истокам, а именно к соблюдению элементарных правил гигиены. Коллеги, **мойте руки** и делайте это правильно — это действительно работает!



Демографы отмечают **нарастающий переко**с в сторону **старения** населения Земли. Организация Объединённых Наций бьёт тревогу — мир столкнулся с **кризисом рождаемости**. Многие страны стабильно пребывают в состоянии депопуляции, а количество людей, прошедших половину жизненного пути, увеличивается. В ближайшие годы подобная ситуация найдёт своё отражение и в работе акушеров-гинекологов. По примерным подсчётам, к 2050 году каждая пятая-шестая женщина достигнет пика и постменопаузы. И большинство из них станут нашими пациентками. А вместе с этим нас ждут **неизбежные последствия эстрогендефицита** и накопленные к этому времени экстрагенитальные заболевания и метаболические нарушения.

Женщины нередко сами **игнорируют** происходящие с ними возрастные изменения, воспринимая их как естественный процесс. Например, обнаружив у себя урогенитальные расстройства, проявляющиеся вагинальными, мочевыми и сексуальными нарушениями, они **вовремя не обращаются** за медицинской помощью. Зачастую такая невнимательность к себе запускает каскад неблагоприятных последствий — сухость и жжение во влагалище, присоединение инфекций мочевых путей, сексуальную дисфункцию. О качестве жизни в этом случае говорить не приходится. При ведении таких пациенток важно своевременно

[Сейчас существует около 50 антибактериальных препаратов, но только восемь из них признаны ВОЗ инновационными. Высока вероятность, что эффективность они сэкономят на непродолжительный срок.]

выявлять и правильно лечить урогенитальные симптомы. Это — не норма!

Однако наша цель — не только лечить заболевания, предупреждать осложнения и сохранять здоровье, но и обеспечить пациенткам **качественное старение**, долголетие и работоспособность, социальную и ментальную активность, сексуальность. Это важно, поскольку с учётом возросшей продолжительности жизни женщины проведут в постменопаузе ещё около трети своей жизни, и этот период также должен быть качественным, активным, насыщенным событиями и максимально здоровым. Сегодня у нас **есть инструменты**, позволяющие поддерживать высокое качество жизни возрастных пациенток.

В рамках anti-ageing-медицины, которая становится всё более востребованной, на первый план выходит менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Она **доказанно** снижает массу тела, риск остеопороза, улучшает когнитивные способности, сердечную деятельность и помогает лучше жить и выглядеть. Однако в нашей стране показатель использования МГТ **едва достигает 1,5%**, в отличие от Европы, где МГТ получают не менее 60% пациенток элегантного возраста. Почему у нас так мало? Причины стандартные — **либо дорого** (не каждая пенсионерка может это себе позволить), **либо просто не знают** о преимуществах и необходимости использования МГТ.

Есть ещё одна загвоздка, ограничивающая применение МГТ, — гормонофобия, о которой мы говорим в каждой статье, на каждой конференции. Это всё та же проблема **грамотного консультирования** женщин, и на это во многом способны повлиять практикующие

специалисты на местах. Разговаривайте с пациентками, объясняйте им суть проблемы, рассказывайте о неблагоприятных последствиях и возможностях коррекции состояния — всё это сдвинет дело с мёртвой точки и позволит **устранить стереотипы** о гормонотерапии.



Необходимо признать, что гормонофобия стала частью нашего менталитета. Боязнь велика настолько, что между ныне существующими контрацептивными препаратами и искусственным прерыванием беременности наши соотечественницы до сих пор **выбирают аборт**. Немыслимо, чтобы современная женщина решала проблему деторождения таким **ретроградным и калечащим** способом! При этом именно гормональную контрацепцию можно считать наиболее приемлемым методом профилактики аборта.

Как мы можем повлиять на это и **можем ли повлиять** в принципе? Все беды, увы, от незнания. Несмотря на доступность информации, возможность получения грамотного контрацептивного консультирования у специалистов, широкий выбор низкодозированных и безопасных гормональных препаратов, женщины всё ещё отдают предпочтение сомнительным по эффективности способам — барьерным средствам (и это ещё в лучшем случае), прерванному половому акту и указанному выше абарту. Возвращаясь к главной теме текущего номера SP — это не норма! Так не должно быть в современном мире, мы не в Средневековье живём!

Я часто вспоминаю историю из своей практики об эксперименте 15-летней давности, когда 70 женщинам, впервые сделавшим аборт, **бесплатно** выдавали оральные контрацептивы. По условиям следующую упаковку препарата пациентки получали в обмен на используемую. Нас с коллегами впечатлили результаты: за второй пачкой вернулись 17 участниц, за третьей — только

[Женщины нередко сами игнорируют происходящие с ними возрастные изменения, воспринимая их как естественный процесс. Такая невнимательность к себе запускает каскад неблагоприятных последствий.]

восемь. Выходит, дело не в страхе принимать гормоны или в невозможности купить лекарственное средство, а элементарно в **пренебрежительном отношении** к своему собственному репродуктивному здоровью.

Значит, это ещё одно направление для **улучшения и углубления** нашей работы. Больше рассказывать о проблеме, чаще задавать наводящие вопросы о репродуктивном планировании, отвечать на порой наивные вопросы, **помогать, направлять**, в чём-то даже манипулировать — в общем, делать всё возможное, чтобы изменить отношение наших современниц к методам контрацепции и сохранению своего собственного здоровья. Важно усердно поработать над этим сейчас, чтобы в будущем минимизировать риск проблем, вызванных сделанным абортom и последующими его осложнениями.



Появление evidence-based medicine — медицины, основанной на доказанном, — привело к интересному выводу. Увы, мы не знаем многого из того, что казалось нам хорошо изученным. И особенно много загадок в гинекологии! Например, **эндометриоз**, о котором мы знаем много, но в действительности в плане лечения — не знаем ничего. Это заболевание, окутанное тайной, с прогрессирующим течением и множеством «масок» от бессимптомного течения до выраженной тазовой боли и бесплодия.

Чем лечить пациенток, учитывая, что им необходима **непрерывная пожизненная терапия**? Препараты есть, однако... Нестероидные противовоспалительные средства неплохо снимают болевой синдром, но срок их применения весьма ограничен в связи с ulcerогенным действием. Прогестины входят в первую линию терапии, но не обеспечивают полной ликвидации эндометриoidных очагов. Агонисты гонадотропина хоть и позволяют добиться выраженных атрофических изменений в эндометриoidных очагах, вызывают эстрогендефицит и ухудшают общее самочувствие пациенток. Тем не менее это не означает, что из-за побочных эффектов следует оставлять женщин без терапии. Поиск идеального метода лечения и препарата продолжается.

Отсутствие выраженного эффекта от фармакотерапии как будто автоматически подводит нас к мысли об оперативном варианте решения проблемы. Хотя в последние годы **вектор меняется** и приоритет отдают не хирургическому вмешательству (его оставляют на случаи строгих показаний), а **консервативной медикаментозной тактике**. Объяснение простое: операция рискованна, не гарантирует отсутствия рецидивов заболевания и может стать причиной **снижения овариального резерва**. А последний трогать нельзя — с учётом неблагоприятной демографической ситуации в стране и мире мы обязаны его оберегать и сохранять.

[Наши современницы всё ещё отдают предпочтение сомнительным по эффективности способам защиты от нежеланной беременности — барьерным средствам, прерванному половому акту и аборту. Это не норма!]



Ещё одна болезнь-загадка гинекологии — синдром поликистозных яичников (СПЯ). Сегодня до конца непонятно, что именно становится его причиной, по всей видимости, на это оказывает влияние **комплекс факторов**, включая генетические изменения и внешнюю среду. Конечно, применительно к патологическим состояниям, связанным с гинекологическими и метаболическими нарушениями, не стоит забывать о принципе «меньше ешь и больше двигайся». Как оказалось, **неправильное питание и снижение физической активности** не только влияет на общее состояние здоровья, но и может быть предиктором генетических основ СПЯ.

Дополнительные звенья патогенеза СПЯ — ожирение (особенно абдоминальное) и инсулинорезистентность. Эти состояния часто идут в одной связке, что формирует **определённый портрет пациентки**. Если акушер-гинеколог видит на приёме женщину с избыточной массой тела, повышенным оволосением по мужскому типу и акне, с жалобами на нарушения менструального цикла или проблемами с зачатием, то это должно натолкнуть специалиста на предположение о диагнозе СПЯ и стать сигналом

для выбора верной лечебной тактики. Страшны не столько эти симптомы сами по себе, сколько возможные **неблагоприятные последствия** патологического состояния — у таких женщин значительно повышен риск гиперплазии и рака эндометрия, злокачественных новообразований, заболеваний сердца и сосудов.

Впрочем, невозможно не упомянуть о пресловутом **внимательном отношении** врачей к пациенткам. Достижения современной косметологии и применение различных уходовых процедур и девайсов **позволяют эффективно скрыть «улики»**, вызванные СПЯ. Например, с помощью тональных средств легко

замаскировать несовершенства кожи, а укладочные средства позволяют создать видимость пышной шевелюры даже при алопеции. Многие женщины также прибегают к манипуляциям по удалению нежелательных волос на лице и теле. Подобные уловки способны сбить с правильного диагностического пути даже опытных клиницистов. Именно поэтому важно не только опираться на внешние факторы, но и **перепроверять догадки** с помощью лабораторных исследований с дальнейшей интерпретацией биохимических маркёров гиперандрогении.



Меняющийся мир, внедрение новых технологий, **стремительный прогресс**, но... Всё те же **биологические законы**... Человечество **балансирует** между природой и техническими решениями. И не всегда мы выигрываем. Глобальная задача врача в современном мире — уже не только лечение. Нужна **предикция и адаптация** пациенток к условиям новой реальности. И это **новая норма** нашей работы! Желаю всем нам мудрости и гибкости в принятии себя и мира! **SP**



StatusPraesens

Мед полит

Для библиографических ссылок

• Терехина В. Ведущий акушер-гинеколог — о факторах, влияющих на демографию // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №4 (121). — С. 17–22.

«ОТСТАНЬТЕ ОТ ЖЕНЩИНЫ!»

Ведущий акушер-гинеколог — о факторах,
влияющих на демографию

Печатается в авторской редакции mskl.ru

Ухудшение демографической ситуации в мире — процесс, заставляющий специалистов самого разного профиля — медицинских работников, политических деятелей, социологов, руководителей всех рангов — **искать реальные способы** его преодоления. Иногда в качестве решения этой задачи предлагаются весьма неординарные и даже экстравагантные методы. Далеко не все из них способствуют достижению результата. Исключительно надёжных способов повышения рождаемости до сих пор нет — добиться этого искусственным путём ни одна страна пока не может. Однако **бездействие** лишь усугубит и без того тревожный тренд на депопуляцию.

Что нам доступно, какие решения имеют перспективу? На вопросы корреспондента MSKL.RU Валентины Терехиной ответил засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) **Виктор Евсеевич Радзинский**.

Валентина Терехина (В.Т.): Виктор Евсеевич, вы работаете акушером-гинекологом более 50 лет. Что определило ваш выбор профессии?

Виктор Евсеевич (В.Е.): Я с детства рос среди врачей. Бабушка Бронислава (со стороны мамы) до революции окончила зубо врачебную школу и стала **первой женщиной — дипломированным врачом-стоматологом** на Украине. Отец родился в Днепропетровске. Растила его одна мать, жили бедно — папа с 10 лет грузил уголь и играл на трубе, вообще был очень способным и после школы смог поступить в университет. Но из-за безденежья учиться там не смог — пошёл в военное училище, которое окончил 20 июня 1941 года. И на следующий день ушёл на фронт. Прошёл всю войну и там, на фронте, встретился с мамой.

Мама была фронтовым хирургом, доучивалась в мединституте уже после победы.

Лично я очень верю в **провидение**: мои родители вряд ли когда-нибудь встретились бы, слишком разные семьи у них были, но фронт их свёл. Это была первая **офицерская свадьба** — гуляла вся дивизия. Представьте, мы, дети тех однополчан, до сих пор дружим между собой.

После войны папа тоже выучился и стал стоматологом. С войны вернулся мой дядя — психиатр, его потом посадили в сталинский лагерь на 5 лет, но он успел, слава богу, выйти оттуда. И даже другой мой дядя, погибший на фронте (его прах покоится в братской могиле в Калужской области), окончил три курса мединститута. Такая вот медицинская семья получилась. Так что мой

выбор профессии был вроде как предопределён, хотя родные на меня никогда ни в чём не давили.

В.Т.: Но стоматологом вы всё-таки не стали.

В.Е.: Я родился в 1947 году и в 10 лет был уже достаточно наблюдательным ребёнком. Мама тогда работала акушером-гинекологом — их было всего трое в Белой Церкви, что для такого города, конечно, мало. Аборты были запрещены. И хотя после войны рожали много, количество погибающих от **криминальных абортов** ужасало. Я всё время слышал эти чудовищные истории — о подпольных «абортмахерах», о том, как женщины сами вводили себе растворы мыла, йода, лист фикуса — и в результате погибали от сепсиса. Вот почему я так боюсь дегенератов, которые в наше время опять требуют запрета абортов. И был рад услышать блестящую отповедь нашего президента на прямой линии в ответ на вопрос: а нельзя ли запретить аборты? Путин сказал, что, мол, запретить-то легко, уже запрещали (с 1936-го по 1955-й. — *Прим. ред.*). Гораздо труднее создать условия, обеспечить семью жильём, но мы к этому стремимся. **А запрещать аборты мы не будем**, потому что знаем, к каким трагедиям это приводит. Это тот случай, когда я с президентом абсолютно согласен.

Кстати, год назад Верховный суд католической Польши, где аборты всегда были запрещены, исключил их бывшую возможность и по медицинским показаниям тоже. Так в Варшаве, в других польских городах был настоящий «бабий бунт» — разгневанные женщины били витрины, поджигали автомобили. И правительство вынужденно отступило, потому что медпоказания часто связаны с возможными аномалиями ребёнка. Женщины особенно хорошо понимают жизненные трагедии, к которым это ведёт.

[Я с детства рос среди врачей. Бабушка Бронислава до революции окончила зубоврачебную школу, а мама была фронтовым хирургом, однако доучивалась в медицинском институте уже после победы.]

В.Т.: И всё же акушер-гинеколог — не самый очевидный выбор профессии для юного студента.

В.Е.: Судьба меня вела. Я терпеть не мог школу, хоть и был круглым отличником. И когда в 1961 году мама серьёзно заболела — решил поступать в медучилище. Окончив с отличием его, а позднее и мединститут в Киеве, я, к тому же ещё и последний в советской истории **капитан команды КВН** киевского мединститута, получил направление Минздрава в аспирантуру. Но новый ректор — махровый юдофоб — отказал, за что я ему по сей день очень благодарен. По совету шефа — выдающегося профессора, члена-корреспондента Академии медицинских наук СССР, прекрасного педагога Николая Сергеевича Бакшеева — я начал работу в его клинике простым врачом. Так сложились обстоятельства — и снова это была удача!

В Киеве я написал и защитил свою кандидатскую диссертацию, обосновавшую, в частности, почему не все методы стимуляции при родах одинаково полезны.

В.Т.: Объясните, пожалуйста.

В.Е.: Почти 60% родов в мире не обходится без применения гормона окситоцина, его часто используют для стимуляции родовой деятельности. И вот в США первыми обратили внимание, что рождённые с помощью окситоцина дети всё-таки отличаются от остальных. Появился даже такой термин — **«окситоциновые дети»**. Логика в этом вроде бы не была никакой, потому что окситоцин — это полипептид, тяжёлый белок, и он не проходит через плацентарный барьер. Ну а мы, проводя исследования на базе академического Института биохимии им. А.В. Палладина, первыми смогли доказать, что при подобной стимуляции страдают основные поставщики энергии в клет-

ках — митохондрии, отчего угнетается дыхание и может развиваться гипоксия. Почти 40 лет назад это были первые работы по столь популярной ныне митохондриальной медицине. Понятно, что подобные исследования задевают интересы разных фирм, производящих окситоцин, — это огромный рынок, который они, разумеется, не хотят потерять. Но на всех международных конгрессах эта тема вызывает неизменный интерес, как и наша уже не раз переизданная книга «Биохимия плацентарной недостаточности».

В.Т.: После этой работы вас пригласили в Москву?

В.Е.: Нет, после защиты докторской диссертации я был направлен работать директором НИИ материнства и детства, а также заведовать кафедрой акушерства и гинекологии в Туркменистане (Ашхабад), где проработал 10 лет. В Москву я приехал уже в середине 90-х. И 28 лет продолжаю свою педагогическую деятельность в Российском университете дружбы народов им. Патриса Лумумбы.

В.Т.: Правда, что за работу в Туркмении вам вручили особую награду — «Гайрат» [в переводе — «Усердие»], вы стали практически героем этой страны?

В.Е.: В Туркмении наша команда действительно совершила **небольшую революцию**, значительно снизив не только детскую, но и материнскую смертность. Был изменён главный принцип советского здравоохранения, который гласил: «не начинайте лечение без врача». Мы же понимали, что врачи просто не успеют спасти всех детей от буквально эпидемии кишечных инфекций, тем более в летнее время. Была разработана простая и понятная схема лечения — матери при диарее **сами** должны были выпаивать «Регидроном» своих детей, восполняя потери жидкости, и это дало потрясающий эффект.

И второе — мы стали целенаправленно готовить оперирующих гинекологов, которых катастрофически не хватало. Всего **две операции** — кесарево сечение и при внематочной беременности — в конце 80-х резко снизили материнскую смертность.

[Почти 60% родов в мире не обходится без гормона окситоцина, его часто используют для стимуляции родовой деятельности. И вот в США первыми обратили внимание, что рождённые с помощью окситоцина дети всё-таки отличаются от остальных. Появился даже термин — «окситоциновые дети».]



Александр Река / ТНЦ

В.Т.: Виктор Евсеевич, сколько же всего учеников у вас, не считали?

В.Е.: Если за всю жизнь — честно, не считал. Но вообще-то я рекордсмен по количеству защищённых диссертантов, на моём «счёту» 48 докторов и около 200 кандидатов — собственно для этого «партия» в своё время и направила меня в Ашхабад. А в РУДН только сейчас у нас на кафедре 23 штатных преподавателя, из них девять профессоров, три ассистента, остальные — доценты. И ещё около 80 ординаторов и аспирантов. Вот и считайте.

В.Т.: Когда, по вашему мнению, выпускник медвуза может считаться уже полноценным специалистом?

В.Е.: Выбор однозначный: либо студент будет врачом общей практики и готов уже завтра начинать работать после шестого курса, либо же он учится в ординатуре ещё 2 года и только тогда становится специалистом — акушером-гинекологом, например. Хотя и этого, конечно, мало. Мы единственная

страна в мире, которая 2 года готовит специалиста такого профиля. Для примера: в Германии это 3 года, в США — 4 года. А в Греции даже 6 лет. Тем не менее наша ординатура РУДН славится — во многом благодаря **очень жёсткой программе**. Четыре дежурства в месяц, раз в неделю — занятия по программе с руководителем на базе одной из клиник. И ещё раз в 2 нед наши ординаторы готовят презентации для участия в монотематических, сугубо практических конференциях. Если, не дай бог, учащийся не пришёл или даже пришёл, но не сделал презентацию, — это как прогул, который придётся дополнительно отработывать. Выдерживают такой режим далеко не все. И если ребята сами уходят — а это случается, как правило, в первые 1,5–2 мес, — мы это приветствуем. Тем более что уходят они недалеко, на другие кафедры в нашем же университете, где нет такой ответственности за материнскую, младенческую и перинатальную смертность.

В.Т.: На фоне дискуссии о том, как повысить рождаемость в нашей стране, запомнились ваши слова: «Отстаньте от женщин, не она определяет число детей». Не могли бы расска-

[Нет абсолютно никаких данных о том, что возраст сам по себе ухудшает репродуктивную функцию. И он не имел бы такого большого значения, если бы не накопленные за жизнь сопутствующие заболевания.]

зать подробнее, какие именно факторы определяют сегодня демографическую ситуацию. И что зависит от самих врачей?

В.Е.: Способов повышения рождаемости в мире нет — добиться этого **искусственным путём** ни одна страна пока не может. Например, США, которые не тратят на это денег вообще, имеют самую высокую рождаемость, правда за счёт мигрантов и выходцев из Африки, Латинской Америки, но тем не менее. И наоборот, шведы прикладывают массу усилий, даже «пропагандируют» эротику как способ забеременеть. И не получается, показатели самые низкие. Дошло до того, что в Дании в этом году вместо суммарного коэффициента рождаемости 2,15 (при котором новорождённые просто восполняют маму и папу) показатель снизился до 0,91. То есть эти дети даже одного родителя уже не восполняют. Если я не ошибаюсь, у нас в Ленинградской области, по данным Росстата, похожая ситуация, к большому сожалению.

В целом вся Европа без исключения находится в состоянии депопуляции. Причин много, но все они не из области медицины.

Интересный опыт был во Франции, там женщины с двумя детьми получали пособия, равные зарплате высокооплачиваемых рабочих. На какое-то время это дало желаемый эффект, а потом всё опять сошло на нет.

Очень недооценена сегодня и роль отцов. Даже от переживаний «жениться — не жениться» зависит жизненный настрой женщины, её, если хотите, уверенность в завтрашнем дне и, соответственно, желание рожать или не рожать ещё детей.

Но есть и другой феномен — **сильные и самодостаточные женщины** (уже не «бедные и покинутые» как прежде), не выйдя замуж до 30 лет (из-за карьеры, семейных сложностей и так далее), целенаправленно рожают себе ребёнка

и сами его воспитывают — как правило, одного. Таких историй не так уж и мало. И это тоже не проблемы медиков. Врачи ведь не пропагандисты и не начальники, они несут ответственность за правильное ведение беременности, за родовспоможение. За лечение бесплодного брака, конечно. За грамотное назначение контрацепции, но не более того.

У нас уже с самых высоких трибун прозвучала очень правильная, на мой взгляд, идея о необходимости создания **Министерства семьи** — а то за труд у нас отвечают аж три министерства, а за семью ни одного, поэтому нет «единого заказчика». Это важно. Потому что при негативном прогнозе, если через пару лет не будет желаемого прироста населения, могут опять начать искать резервы в запрете аборт. Как говорится, не дай бог.

В.Т.: По решению ВОЗ репродуктивный возраст женщины сегодня вообще «продлён» до 49 лет. Значит, и первого ребёнка она может родить уже прилично за сорок? Насколько всё-таки такие роды безопасны — и для матери, и для ребёнка?

В.Е.: Нет абсолютно никаких данных о том, что возраст сам по себе ухудшает репродуктивную функцию. И он не имел бы такого большого значения, если бы не **накопленные за жизнь заболевания** — от половых инфекций, сделанных абортов до возможной гипертонии, анемии, ожирения и так далее. Что, кроме всего прочего, ведёт и к увеличению количества кесаревых сечений, сегодня их доля уже составляет 33%, что абсолютно противоестественно!

В.Т.: А как вы относитесь к популярным ныне технологиям заморозки биоматериала?

В.Е.: Хорошо это или плохо — никто в мире пока не знает. И мы тоже. Пока идёт обсуждение. Но ход потрясающе

интересный! Потому что жизнь есть жизнь.

В.Т.: Правда, что криоконсервация возможна только до 35 лет?

В.Е.: Она возможна и позже, но дело в том, что после 35 лет резко уменьшается количество яйцеклеток, их становится слишком мало. А значит, и ожидаемая результативность тоже снижается.

К тому же, несмотря на все достижения медицины, люди с годами не становятся здоровее. Так, в 2017 году ВОЗ озабочилась состоянием здоровья женщин фертильного возраста — с 15 до 49 лет. Оказалось, что 33% из них страдают анемией, низким уровнем гемоглобина, что чревато множеством осложнений. В России тоже 33% анемий, а в 16 наших регионах цифра даже больше. **Международный консенсус**, очень простой и разумный, подписали почти 200 стран. По нему 3 мес в году каждая менструирующая женщина должна ежедневно получать 30 мг железа. Но прошло уже 9 лет, и ни одна страна эту рекомендацию не выполнила. Оказалось, очень дорого, если посчитать всех нуждающихся. Однако в нашей стране самой себе купить необходимый препарат с железом большинству пациенток вполне по силам. Только им должен это посоветовать врач, а они об этом консенсусе не всегда знают, так что необходимо просвещать и пациенток, и врачей.

Но самый страшный, на мой взгляд, **враг деторождения** — это тотальное ожирение. Сегодня в мире это пандемия номер один. Подтверждено и на мышах, и на кроликах: как только самцы жиреют, они перестают заниматься нормальным сексом, их вообще это больше не интересует. А среди российских женщин, по данным Росстата, избыточную массу имеют 62,2%. Глядя вокруг себя — на улицах, в театре, — я понимаю, что статистика не врёт. Сейчас стало модно колоть «Оземпик» — препарат якобы против ожирения, безумно дорогой. Но колоть его, лёжа на диване, бессмысленно, потому что надо ещё и активно терять калории. Единственный способ — это меньше есть и больше двигаться, другого не придумано.

Ожирение — это же предвестник девяти смертельно опасных заболеваний, в том числе и диабета беременных,

который сейчас прирастает со скоростью 5% в год.

В.Т.: Выступая на вашем знаменитом ежегодном Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», вы, в частности, сказали, что от «акушерских причин наши женщины умирают редко — уже почти 17 лет». С какими ещё угрозами для беременных и рожаящих приходится сегодня бороться врачам?

В.Е.: Вопрос очень серьёзный. Если раньше среди угроз первые места занимали кровотечения и сепсис, то теперь в основном умирают от экстрагенитальных заболеваний, опять же накопленных с возрастом. На первом месте — снова болезни сердечно-сосудистой системы, преобладают **мальформации** — патологические изменения сосудов в головном мозге, селезёнке, почках. Предупредить это невозможно — нет скринингов, и пока эти аномалии не проявят себя, мы о них не знаем. Бывают, конечно, и счастливые исходы. Вот недавно в «Коммунарке» спасли женщину с оперированной аневризмой мозговой артерии. После родов у неё опять случился разрыв сосудов, но, поскольку о предыдущей операции врачи знали и подстраховались — нейрохирурги были наготове, — всё закончилось хорошо. Вот почему на родах всегда должна быть возможность привлекать такие крупные, **междисциплинарные команды**. И очень важна чёткая работа амбулаторного звена территориальных поликлиник — это позарез необходимо, чтобы эффективно бороться с такой острой проблемой, как общая высокая заболеваемость беременных женщин.

Настоящая трагедия последних 5 лет — **гинекологические раки** (а это 38% всех женских опухолей) вышли на первое место, обогнав все другие виды онкологических заболеваний. Причину мы все знаем: ожирение, гипертония, диабет — вот то, что ведёт к раку эндометрия.

По механизму развития патофизиологи вообще считают это одним заболеванием. Поэтому корректировать вес надо однозначно. И надо контролировать свой сахар. Женщины всё это знают, но даже при диабете они всё-таки

до последнего не идут к эндокринологу, потому что (и они это тоже знают) эндокринолог, во-первых, запретит им есть то, что они больше всего любят, и, во-вторых, может «посадить» на инсулин, чего они боятся даже больше, чем возможного рака. И получается замкнутый круг.

В.Т.: На ваш взгляд, активное внедрение в нашу жизнь комбинированных оральных контрацептивов (КОК) — это зло или благо для демографии? И, кстати, есть ли данные о влиянии КОК на сексуальность и сексуальное желание, а значит, и на желание «делать детей»?

В.Е.: Однажды моя жена специально позвала меня к телевизору, который я очень редко смотрю, послушать прогноз погоды. Доложив про погоду, молодая тележурналистка тут же начала рекламировать некое «хорошее противозачаточное средство», добавив при этом с кокетливой улыбкой: «и не содержит гормонов». Меня это, признаюсь, возмутило страшно! То есть у нас по-прежнему по центральному телевидению продолжают поддерживать **гормонофобию**, рождённую ещё в советское время, честно говоря, не от большого ума.

Надо признать, что страх перед гормонами стал буквально частью нашего менталитета. Он велик настолько, что между КОК и абортom наши женщины нередко выбирают именно аборт. Вот реальная история, очень показательная. Лет 15 назад на базе тогдашней городской клинической больницы №64 мы провели эксперимент. 70 молодым женщинам, впервые пережившим аборт, мы выдали — бесплатно! — упаковку хорошего современного орального контрацептива. С условием: вторая упаковка — в обмен на использованную первую. Дальше то же самое: пока будешь приносить, бесплатно получаешь новую. Сколько из 70 человек, по-вашему, пришло за второй упаковкой? Всего 17! А за

третьей — и вовсе восемь... Вот такая у нас проабортная психология. Поэтому, кстати, и менопаузальную гормонотерапию, которая доказанно снижает вес, улучшает когнитивные способности, сердечную деятельность, у нас получают всего 1,5% женщин, тогда как в Европе — не менее 60%. Разница хорошо заметна, когда мы видим этих 80-летних европейских старушек, бодрых, активно бегающих по экскурсиям, — не скажу, что они сильно здоровее, но именно менопаузальная гормонотерапия позволяет им в их возрасте лучше жить и хорошо выглядеть.

В.Т.: У гормонотерапии ведь есть и противопоказания?

В.Е.: Конечно, необходима консультация врача, который либо её назначит, либо нет, но для этого нужно как минимум до этого врача дойти. Другой вопрос — гормональные препараты **не могут быть очень дешёвыми**, это сложный высокотехнологичный продукт. Они были, есть и будут дорогими. Однако в любом случае, если женщину не устраивает какой-то препарат, они с врачом всегда могут подобрать замену. При существующем выборе это вообще не проблема. А что касается влияния КОК на сексуальность — я слышал о том, что пациентки иногда связывают снижение либидо с приёмом некоторых видов КОК, особенно с разными добавками. Но никакого научного подтверждения этому нет.

В.Т.: Какова сегодня у нас реальная ситуация с абортами?

В.Е.: Если в 1992 году у нас в стране на одни роды приходилось в среднем два аборта, то в 2024-м — уже один аборт на шесть родов. Прогресс очень заметный. Правда, в последнее время цены на презервативы серьёзно растут, и абортов снова становится больше, потому что презервативы и прерванные половые акты по-прежнему остаются у нас

[Настоящая трагедия последних 5 лет — гинекологические раки вышли на первое место, обогнав все другие виды онкологических заболеваний. Причину мы все знаем: ожирение, гипертония, диабет.]

[Надо признать, что страх перед гормонами стал буквально частью нашего менталитета. Он велик настолько, что между КОК и абортom наши женщины нередко выбирают именно прерывание беременности.]

главными средствами контрацепции. Ну ещё незаслуженно недооценённая «спираль». Если, конечно, женщина не меняет часто половых партнёров.

В.Т.: Известно, что почти 20% абортов в России совершают подростки в возрасте 15–19 лет.

В.Е.: О подростках разговор особый. Как девочки 14–15 лет получают сегодня нужную им информацию? В основном, конечно, из интернета. **Репродуктивно просвещать** их нам, врачам, запрещено! Так решила Дума ещё в 1997 году, и перебороть это не удалось. Депутаты, как и многие учителя, уверены, что чем больше дети знают о сексе, тем больше будут им заниматься. И однозначно ассоциируют с этим «фактом» репродуктивное просвещение.

Как сказал кто-то из депутатов: «Безопасного секса у нас не будет. Этого мы не позволим». Ну вот и не позволили. Но есть, конечно, и прорывы. Умные директора школ организуют с помощью врачей соответствующие занятия, предварительно согласовав их со всеми — и с родительским комитетом, и даже с епархией. Вот и у нас в университете, поскольку сегодняшние первокурсницы — это вчерашние школьницы, которым тоже не преподавали репродуктивное просвещение, мы на всех факультетах выделили в расписании занятий 1 ч и стали им это преподавать. Потом на такие занятия запросились и мальчики тоже. И результаты, скажу я вам, очень радуют. Первое — неожиданно увеличилось число стабильных пар. Второе — снизилось число абортов и очень резко — число инфекций, венерических и невенерических. А недавно наши коллеги даже получили первую премию за создание видеоматериалов для репродуктивного просвещения подростков.

В.Т.: Но разве подростки не проходят ежегодно диспансеризацию?

В.Е.: То, что происходит с диспансеризацией, — это с точки зрения практикующих врачей, акушеров и гинекологов, всё неправильно. А объявленная недавно так называемая **репродуктивная диспансеризация** — вообще архаизм, на самом деле она должна быть погружена в общую и охватывать не только женщин с 18 до 49 лет, но и девочек-подростков, которым сейчас по 14–15 лет. Достоверно известно, что скудные месячные в пубертатном возрасте, до 14 лет, — это фактор риска будущих аномальных маточных кровотечений, нарушений менструального цикла, бесплодия, невынашивания и преждевременных родов. Кто будет этих девочек обследовать и лечить? Вопрос в масштабах страны, увы, не решён. По действующим регламентам они могут до 18 лет наблюдаться в детской поликлинике. И это был бы лучший вариант. Но в детской поликлинике работают хорошо если два гинеколога! А в идеале там должны работать минимум четыре гинеколога или столько, сколько нужно, чтобы диспансеризация была действительно качественной.

И второе — чего нет в этой репродуктивной диспансеризации, так это бабушек. Ведь по российской традиции многодетности без бабушек не бывает: пока женщина рождает третьего, а то и четвёртого — в семье обязательно нужны ещё одни руки.

В.Т.: Виктор Евсеевич, возвращаясь к семье — сколько сейчас медиков вокруг вас?

В.Е.: Да, как и в юности, практически все. Жена Наталья Александровна — окулист, дочь Елена — краниосакральный терапевт, это бывшая остеопатия, которая теперь признана медицинской специальностью. Елена окончила 4-летнюю школу в Лондоне, ведёт свои семинары по краниосакральной терапии на русском и английском. Зять Роман тоже окончил наш университет, отслужил

в армии и теперь работает в Институте регенеративной медицины МГУ, оба защитили кандидатские. Внуку Константину 9 лет, поэтому он себе занятия ещё не выбрал.

В.Т.: Не устаёте от количества медицинской информации 24/7?

В.Е.: Нет-нет, семья меня бережёт. Дома нас больше сплавляют разные культурные мероприятия. К тому же мы с женой — из поколения советских туристов, я по-прежнему каждый год хожу на рафтинговый сплав по рекам Алтая. Всегда любил и арктические походы — вот где лучшая перезагрузка! В 2021 году возил детей на Соловки, сказал, что не умру, пока не покажу им это уникальное место — лучшее, по моему, на земном шаре.

Сейчас мы все, конечно, стали гораздо меньше ездить, зато появилась возможность больше читать. Интернет, слава богу, не закрыт.

В.Т.: Есть ли тайны и загадки в вашей профессии, которые вы пока так и не смогли разгадать?

В.Е.: С появлением **evidence-based medicine** — дословно это «медицина, основанная на доказанном» — оказалось, что мы, к сожалению, очень многого не знаем из того, что, казалось бы, уже хорошо изучили. Не знаем, к примеру, каким же образом функционирует такая доступная для исследования ткань, как слизистая оболочка матки. До конца не понимаем, как происходит оплодотворение — этот тончайший, очень сложный и загадочный процесс. Я уж не говорю про загадки самой гинекологии — вот где много всего непознанного и неизвестного! Одно из самых таинственных заболеваний — это, конечно же, **эндометриоз**. Знаем о нём очень много, но на самом деле в плане лечения — не знаем ничего. Также и про заболевания сосудов матки, и про миому. Так что впереди у акушеров-гинекологов по-прежнему много интересного, «открытий чудных».

В.Т.: Большое спасибо!

[Информа- ционное опыление]

Для библиографических ссылок

• Ипастова И.Д., Маклецова С.А. Конкретика антиэйджинга: питьевой режим и физическая активность // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №4 (121). — С. 25–27.

антиэйджинг: факты и аргументы

Конкретика антиэйджинга: питьевой режим и физическая активность



Авторы: Ирина Дмитриевна Ипатова, канд. биол. наук; Светлана Александровна Маклецова, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Одна из самых больших проблем антиэйджинга в мире — **информационное изобилие**. Только ленивый врач (и не только врач!) в настоящее время не имеет в кармане хорошего запаса лайфхаков для «здорового долголетия». Многочисленные лекции, курсы, школы, вебинары, конференции — все пытаются добавить в эту информационную какофонию свой аккорд. Микронутриенты, витамины, минералы, БАДы самого непредсказуемого состава, лекарственные средства, капельницы и процедуры «омоложения»... Как говорится, «...всё смешалось в доме Облонских». А между тем антиэйджинг нужно начинать с простого.

Самого простого. И действительно **доказанного**. В настоящей публикации, открывающей **серию** статей по конкретике антиэйджинга, внимание будет сконцентрировано на «элементарном» — питьевом режиме и физической активности. С **доказательной** базой.

Конечно, мы живём не для того, чтобы пить и передвигаться в пространстве, однако без воды и должной физической активности мы не сможем делать то, ради чего живём.

Человеку, вознамерившемуся стать настоящим суперэйджером, очень важно иметь точный ответ на вопрос «сколько?», а также располагать хорошей **базой аргументов**, почему именно такое количество помогает не только активному долголетию, но и сохранению качества жизни в **текущем** моменте, а не через 30 лет.

Восемь стаканов?

Рекомендация выпивать не менее восьми стаканов воды ежедневно появилась более 30 лет назад. Вот только имеет ли она смысл для наших современников?

В 1989 году FDA дала жителям США указания относительно адекватной суточной нормы потребления жидкости — **1 мл на каждую килокалорию затраченной энергии**¹. Для человека, расходующего 2000 ккал, необходимый объём составит 2 л, что эквивалентно восьми стаканам. Эта рекомендация впоследствии разошлась по миру, многие страны переняли именно эти нормативы¹.

Однако до сих пор существует путаница относительно того, что входит в эти 2 л. В исследованиях, на которых основали рекомендации, этот объём составляли **вода, напитки** и жидкость, поступающая с пищей¹. Таким образом, рекомендацию пить 2 л **чистой** воды следует признать **избыточной**. Более того, такое обильное питье превышает объём, необходимый пожилым людям, и может быть вредно из-за угрозы гипонатриемии².

Любопытно, что потребность в воде на самом деле не имеет прямой связи с килокалориями. Формулу 1 мл на 1 ккал вывели для удобства: выяснили уровень потребления жидкости, который отвечает нормальным показателям осмолярности мочи и сыворотки крови, и соотнесли с расходом энергии. Соотношение 1 мл на 1 ккал очень приблизительное: оно «плавает» в разных возрастных группах, немного различается от исследования к исследованию и зависит от температуры окружающей среды, уровня физической активности и др.¹

Можно встретить и такую рекомендацию по ежедневной гидратации — 30 мл на 1 кг массы тела. Однако, как и в случае с 1 мл на 1 ккал, это тоже очень примерный ориентир.

Так сколько же пить современному человеку? В Европе, к примеру, нормативы определены для жителей каждого государства — и они заметно отличаются в зависимости от **климатических условий**, в которых находится страна³.

Вот примеры рекомендаций для стран, которые схожи по климату с российским³.

- **Дания:** 1–1,5 л жидкости ежедневно. Пить следует, **когда чувствуете жажду**, в особенности во время еды и физической нагрузки. Кофе, чай, молоко, соки и другие напитки нужно учитывать в общем объёме жидкости. Кофе — не более четырёх чашек.
- **Латвия:** 30–35 мл на 1 кг массы тела. На долю воды — минимум 50%. Лучший выбор: негазированная или слабо-минеральная вода, травяные чаи.
- **Швеция, Норвегия:** нормы по количеству нет. Ориентир — жажда.
- **Финляндия:** 1–1,5 л жидкости в дополнение к пище.

Для сравнения: жителям южных регионов советуют пить больше, что связано с возрастающими потерями жидкости через пот: грекам — 2–2,5 л, итальянцам, мальтийцам — 1,5–2 л, испанцам — по жажде³.

Наша страна расположилась в **четырёх климатических поясах**, а значит, для россиян не может быть единой рекомендации. Проживающим в **умеренной** зоне, вероятно, достаточно 1,5–2 л жидкости; в **субтропиках** это количество разумно увеличить, а в **субарктической** зоне — уменьшить.

Однако существуют и другие детерминанты, от которых зависит, сколько нам нужно пить. Согласно новым данным, у двух людей, ведущих непохожий образ жизни (например, у фермера и работника умственного труда), будут сильно отличаться потребности в воде — **до 50% в объёме**. Это данные крупного международного исследования (78 авторов из разных стран) «Водный обмен у человека в зависимости от факторов среды и образа жизни»; итоги этой работы были опубликованы в журнале Science (2022)⁴.

У **56% человек** из **23 стран** в возрасте **от 8 дней до 96 лет** определили количество жидкости, которая поступила в организм и была выведена в течение суток (показатель водооборота). Для этого участникам давали выпить 100 мл воды, меченной изотопами водорода, после чего следили за скоростью его элиминации из водного бассейна организма.

Выяснили, что скорость транзита жидкости зависит от многих факторов:

- возраста;
- пола;
- массы тела без жировой ткани;
- физической активности;
- климатических переменных (температуры воздуха, относительной влажности, высоты над уровнем моря);
- индекса человеческого развития* (ИЧР) страны проживания⁴.

Самые **высокие** показатели водооборота отметили у мужчин 20–30 лет и женщин 25–60 лет, что во многом связано с тем, что в этих популяциях низкий процент жировой ткани. В ней меньше воды, чем в мышцах и других органах, поэтому она быстрее проходит через организм тех людей, у кого **меньше жира**⁴.

Установили также, что спортсмены имели более высокую скорость водного обмена по сравнению с теми, кто живёт без физической нагрузки ($p < 0,001$). А у людей, занимающихся сельским хозяйством, водооборот выше, чем у трудящихся в индустриальной сфере ($p < 0,001$)⁴.

У жителей стран с низким ИЧР скорость транзита воды через организм также была выше, чем на территориях со средним и высоким ИЧР ($p < 0,001$). Вероятно, причина в том, что в развитых государствах поддерживают оптимальный микроклимат в помещениях, тогда как в странах с низким ИЧР преобладают высокие температуры, и у людей из-за активного потоотделения интенсивнее водный обмен⁴. К тому

* Это показатель, который рассчитывают для сравнения стран по уровню жизни, грамотности, долголетию. Используют три параметра: ожидаемую продолжительность жизни, уровень грамотности и срок обучения, а также покупательную способность. В 2021 году в топе была Швейцария, на другом полюсе — страны Африки (Южный Судан, Чад, Нигер и др.), Азии (Йемен, Афганистан).

же они больше двигаются, тогда как в развитых государствах люди чаще заняты интеллектуальным трудом, требующим усидчивости.

Опираясь на собранную базу данных, авторы установили, что показатель водооборота может отличаться **на 50%**⁴. Это доказывает, что не может быть универсальной рекомендации, сколько стаканов воды нужно выпивать, гораздо разумнее довериться **чувству жажды**. А рекомендации следует использовать в качестве ориентира.

Для жителей РФ есть указания по поддержанию водного баланса (2021), и они учитывают географические особенности и уровень физической нагрузки⁵. Так, жителям умеренных широт под властью внутриконтинентального климата при умеренной двигательной активности советуют **1 мл жидкости на 1 ккал потраченной энергии**; и это не только вода, но и кофе, чай, жидкость, получаемая с пищей. Рекомендуемый объём для женщин 18–64 лет — 1–1,8 л, для мужчин — 1,3–2 л в зависимости от физической активности⁵.

И в завершение — о том, **почему** важно заботиться о том, сколько мы пьём.

Установлено, что более высокий уровень гидратации связан с **меньшим риском гибели от всех причин** — **на 25–27%**, а от злокачественных заболеваний — **на 29–35%**. Таковы итоги национального проспективного исследования «Связь между потреблением воды и риском смертности» (35,5 тыс. человек, медиана наблюдения — 7 лет)⁶.

Пить воду важно, чтобы предотвратить **негативные эффекты обезвоживания**⁷.

- Снижение физической работоспособности.
- Ухудшение **умственной (!)** деятельности: концентрации, кратковременной памяти, бдительности, восприятия, арифметических способностей, зрительно-моторной координации (согласованность движения глаз и рук) и др.
- Раздражительность.
- Риск психических расстройств, спутанности сознания.
- Нарушение функции ЖКТ: запоры.
- Головная боль.
- Снижение тургора кожи.

Кроме того, есть данные, что адекватное поддержание водного баланса снижает риск мочекаменной болезни, астматического приступа при физических нагрузках, инфекций мочевых путей, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, венозной тромбоэмболии, инфаркта головного мозга⁷.

Так что **пейте для здоровья** и для эффективной работы **мозга!** Ориентируясь на жажду, то есть почаще задавая себе вопрос «А не выпить ли мне ещё стаканчик?».

Бег, гантели и теломеры

Адекватный уровень двигательной нагрузки, рекомендованный повсеместно ВОЗ, в настоящее время описывают так: **от 5 раз в неделю 30 мин физической активности среднего уровня и плюс от 1 ч силовой тренировки в неделю**.

Доказательства именно такой — минимально достаточной! — эксплуатации физических возможностей организма получены в большом объёме, однако самым **невероятным** всегда оставалось её влияние на длину теломера. Здоровый скепсис

вынуждал раз за разом погружаться в дизайн исследований и методику оценки этой самой длины теломер.

В июне 2025 года скептики потеряли моральное право сомневаться: были опубликованы итоги **систематического обзора и метаанализа РКИ** «Упражнения замедляют старение: данные по теломерам и теломеразе»⁸.

Поиск в базах данных выявил огромный пул РКИ на тему влияния физнагрузки на теломеры и теломеразу (охват — до февраля 2025 года). Важным условием было наличие экспериментальной группы (с физической нагрузкой от 4 мес) и контрольной (обычный образ жизни). Из 1566 найденных работ в метаанализ включили всего 16 исследований.

В общей сложности метаанализ объединил данные о 1908 участниках, из них 1005 вошли в экспериментальную группу, 903 — в контрольную. Популяция была гетерогенная: женщины и мужчины, здоровые и с заболеваниями, разного возраста, с неодинаковым уровнем стресса, ИМТ. Оценили влияние **аэробной** нагрузки (11 исследований), **силовых** упражнений отдельно или в комбинации с кардиотренировкой (шесть исследований), а также **высокоинтенсивных интервальных тренировок** (ВИИТ, одно исследование).

А теперь — к результатам. Во-первых, выявили статистически значимый эффект физической нагрузки **на поддержание нормальной глины теломер** (SMD 0,59; 95% ДИ 0,14–1,06, $p < 0,01$; по данным 14 исследований)¹. Во-вторых, подтвердили воздействие на **усиление теломеразной активности** (SMD 0,35; 95% ДИ 0,20–0,51, $p < 0,00001$; по данным девяти исследований)¹.

Проследили эффект **удлинения теломер** в зависимости от **вида нагрузки**: в порядке от большего к меньшему расположились силовые тренировки (SMD 1,79; $p < 0,34$), затем ВИИТ (SMD 0,66; $p < 0,01$), аэробные + силовые упражнения в комплексе (SMD 0,57; $p < 0,13$), аэробные в виде соло (SMD 0,48; $p < 0,06$).

На увеличение **теломеразной активности** статистически значимо влияла **аэробная нагрузка** (SMD 0,33; $p < 0,0001$) и **ВИИТ** (SMD 0,78; $p < 0,003$), но не силовые упражнения (SMD 0,16; $p < 0,43$).

Любопытно также, что протективный эффект в отношении длины теломер был **сильнее у женщин** (SMD 0,48; $p < 0,06$), чем у мужчин (SMD 0,38; $p < 0,40$), однако в отношении активности теломеразы положительное действие зарегистрировано даже в смешанных группах (SMD 1,12; $p < 0,02$).

Полученные данные позволили авторам заключить, что «...упражнения поддерживают длину теломер и повышают активность теломеразы, потенциально **способствуя замедлению старения**. Этот метаанализ даёт основания **рекомендовать** упражнения для протекции теломер».

Итак, вывод очевиден: спортивная нагрузка должна быть в **ежедневном** расписании, но какая?

Авторы метаанализа заключили, что для сохранения длины теломер можно практиковать **ВИИТ**. Они предполагают чередование коротких интенсивных анаэробных упражнений и активного отдыха. (Примечание SP! Достаточно зайти в интернет и найти массу таких тренировок, которые несложно выполнять дома; однако не забывайте, что до любой тренировки должна быть разминка, после — растяжка. Кроме того, новичкам, людям с избыточной массой тела, заболеваниями

Ликбез для прогрессивных

Теломеры — концевые участки ДНК хромосом. Они не несут в себе генетическую информацию, но защищают более значимые области ДНК от ошибок **репликации**. С каждым делением клетки теломеры укорачиваются; их уменьшение до **критической глины** считают одним из ключевых механизмов старения клетки и её гибели⁹. Есть данные, что короткие теломеры связаны с преждевременным старением, лёгочными, сердечно-сосудистыми заболеваниями².

Теломераза — фермент, восстанавливающий утраченные нуклеотидные последовательности в теломере после её укорочения в процессе деления клеток. Данные по теломерам и теломеразе имеют исключительную ценность — за открытие того, как они защищают хромосомы, в 2009 году Элизабет Блэкберн, Кэрл Грейдер и Джек Шостак были удостоены **Нобелевской премии**.

следует начинать тренироваться в щадящем режиме и/или под руководством тренера.) Рекомендуемая продолжительность занятий — не менее 4 мес **от 1 ч в неделю** (можно разбить на 2 раза). Пульс в высокоинтенсивной фазе должен быть в интервале **80–90%** от максимального сердечного ритма*, во время низкоинтенсивной — в пределах 60–70%.

Кроме того, для повышения активности теломеразы в ежедневное расписание следует включить **аэробные нагрузки**. Это могут быть бег, быстрая ходьба, плавание и многое другое; даже подъём по лестнице — аэробная нагрузка. Рекомендуемая продолжительность — от 6 мес **не менее 2,5 ч в неделю** (можно распределить на 4 раза по 40 мин или 5 раз по 30 мин). Пульс следует поддерживать на уровне **60–75%** от резервной ЧСС**.

В числе потенциальных механизмов, лежащих в основе защитного влияния на теломеры, авторы называют опосредованную физической нагрузкой **минимизацию окислительного стресса** за счёт повышения активности антиоксидантных ферментов внутри **митохондрий** (например, супероксиддисмутазы); **подавление воспаления** через снижение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α)¹.



Итак, в физической активности заложен действительно огромный потенциал для замедления старения: тренируясь, мы получаем защитный эффект, в том числе в отношении **теломер**, участвующих в старении клеток. Хотите быть активным дольше — дайте себе нагрузку! И не забывайте при этом адекватную **гидратацию**, сверяясь со своим чувством **жажды**.

Удачного всем антиэйджинга! **SP**

* Ориентировочную максимальную ЧСС (МЧСС) можно рассчитать по формуле «220 – ваш возраст».

** Резервную ЧСС определяют так: «МЧСС – ЧСС в состоянии покоя».

Библиографию см. на с. 84–86.

StatusPraesens

Для библиографических ссылок

• Оразов М.Р., Долгов Е.Д. Возможности лечения менопаузальных и метаболических расстройств // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №4 (121). — С. 29–32.

next
{ПРО}
свет}

ветер перемен

Возможности лечения менопаузальных и метаболических расстройств



Авторы: Мекан Рахимбердыевич Оразов, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Евгений Денисович Долгов, клинический ординатор той же кафедры (Москва)

Менструальный цикл можно сравнить с **надёжным и одновременно хрупким** швейцарским механизмом, имеющим в своей гарантии **определённый временной лимит**. С ним женщина проживает половину своей жизни, вследствие чего он становится **самым чувствительным сигнализатором** о состоянии женского здоровья. Однако в жизни каждой представительницы прекрасного пола наступает момент, когда слаженная работа «часов» даёт запрограммированный сбой. Второй «переходный возраст», перименопауза — **этап серьёзных перемен** как в физическом (прежде всего со стороны **репродуктивной и эндокринной систем**), так и в психическом и эмоциональном плане.

Однако общественная **стигматизация проблемы** (особенно учитывая менталитет россиянок) приводит к **недооценке негативных последствий** менопаузальных расстройств, которые нередко бывают фатальны для пациентки. Потенцирует все эти риски ежегодно растущая **распространённость инсулинорезистентности** женского населения, неизменными атрибутами которой остаются **метаболический синдром и его компоненты** (сахарный диабет [СД 2-го типа], ожирение, артериальная гипертензия). Согласно имеющимся данным, в настоящее время 43% взрослых людей по всему миру имеют избыточную массу тела, а 16% (каждый 6-й человек!) — страдают ожирением¹.

Перименопауза представляет собой особо актуальную медико-социальную проблему, требующую безотлагательного решения. Состояние здоровья пациенток в этот период во многом зависит от сопутствующих заболеваний, акушерско-гинекологического анамнеза и образа жизни. Перименопауза подобна небольшому **«очагу пожара в деревянном доме»**: если не «потушить» огонь сейчас, то в дальнейшем останутся «руины» женского здоровья. Клиницисту важно понимать, что некупированные климактерические расстройства не просто **прогрессирующе снижают качество жизни**, но и провоцируют **необратимые негативные последствия**.

Такие «метаморфозы» могут быть **разрушительными** для личных отношений и профессиональной деятельности. Оказание медицинской помощи на таком ответственном этапе играет важную

роль в содействии **здоровому старению** и улучшении качества жизни пациенток. Тем более что сегодня акушеры-гинекологи обладают **полным спектром ресурсов** для предотвращения и купирования ряда расстройств постменопаузы.

Первые звоночки

Перименопауза включает **период менопаузального перехода и первый год** после наступления менопаузы (от -2 до $+1a$ по классификации STRAW+10)². На этом этапе происходят **«революционные» изменения гормонального статуса**: вследствие критического истощения овариального резерва наблюдают прогрессирующее снижение сывороточной концентрации эстрадиола и прогестерона (его концентрация меняется в первую очередь!) и закономерное повышение уровня фоллику-

[Менструальный цикл можно считать самым чувствительным индикатором состояния женского здоровья. Его изменения прогрессируют постепенно, вплоть до полного исчезновения менструаций — менопаузы.]

лостимулирующего гормона. Урежение частоты овуляторных циклов приводит к **нестабильности менструального цикла** (его вариабельность — укорочение или пролонгирование, уменьшение или увеличение объёма менструальной кровопотери). Таким образом, любое отклонение хотя бы одной из его характеристик может **«сигнализировать»** о вступлении пациентки в **«репродуктивную осень»**.

Менструальный цикл можно считать самым **чувствительным индикатором** состояния женского здоровья. Его изменения **прогрессируют постепенно**, вплоть до полного исчезновения менструаций — собственно менопаузы. В этой связи перименопаузу подразделяют на раннюю и позднюю, где в первой «выпадают» лишь **единичные** менструальные циклы, а во второй отмечают **длительные периоды** отсутствия менструаций (от 2 мес до 1 года)³.

Около 75% женщин в перименопаузе сталкиваются с симптомами вазомоторного синдрома, сомнологическими и психоэмоциональными нарушениями⁴. Приливы и ночную потливость рассматривают как **часть единого патофизиологического процесса** нейроэндокринной и сосудистой дисрегуляции в период климактерия. Возникновение этих клинических проявлений **в условиях эстрогенного дефицита** связано с центральными механизмами при участии гипоталамических KNDy-нейронов. Они продуцируют нейропептиды норадренергической и серотонинергической систем (кисспептин, нейрокинин, динорфин), влияющие на терморегуляторные процессы в организме.

Недостаток эстрогенов влияет и на метаболизм костной ткани — **процессы резорбции преобладают над костеобразованием**, что снижает её минеральную плотность и повышает склонность к **патологическим переломам**⁵. Под «удар» попадает и эстрогензависимый мочеполовой тракт, развивающиеся **ишемические и атрофические изменения** в котором служат причиной появления симптомов

сухости, зуда, дискомфортных и нередко болезненных ощущений во влагалище, нарушений мочеиспускания, формирующих генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС).

Безусловно, менопаузальные расстройства **заставляют обращать** на себя внимание, однако большинство женщин приходят за помощью, как правило, уже с выраженными клиническими симптомами.

Побочный метаболический эффект

Если все выше перечисленные климактерические расстройства хорошо знакомы и обывательницам, и клиницистам, то **менопаузальный метаболический синдром (ММС)** нередко остаётся «в тени». Согласно результатам клинического исследования (n=117 тыс.), это состояние затрагивает **каждую третью женщину** в пери- и постменопаузе⁶.

Вероятность метаболического синдрома в постменопаузе в 1,17 раза выше, чем у пациенток в перименопаузе. При этом кратно возрастают риски **каждого** его компонента — инсулинорезистентности, СД 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и неалкогольной жировой болезни печени⁷.

У женщин, вступающих на порог менопаузы, происходит ряд эндогенных изменений⁸.

- Увеличение массы тела на 2% за счёт жировой массы (растёт на 5%) и прогрессирующее снижение мышечной массы.
- Повышенное накопление висцеральной (секреторноактивной) жировой клетчатки.
- Развитие дислипидемии с увеличением концентрации атерогенных липидов (липопротеинов низкой плотности — ЛПНП).

- Генерализованное атеросклеротическое ремоделирование стенок крупных артерий.

Однако наиболее значим для специалистов тот факт, что риски ММС потенцируются у пациенток **с уже имеющимися** менопаузальными расстройствами. Так, СД 2-го типа и метаболический синдром развиваются у женщин с климактерическим синдромом средней и тяжёлой степени раньше на 13,2–20,8 и 15,5–19,7% соответственно¹. Очевидно, что период менопаузального перехода прямо и косвенно (через выраженность менопаузальных расстройств) влияет на вероятность ММС и ряда сердечно-сосудистых заболеваний.

В связи с этим необходима эффективная превентивная терапия «здесь и сейчас». Женщины, **использующие менопаузальную гормональную терапию (МГТ)**, подвержены более низкому риску ММС по сравнению с теми, кому не назначали лечение⁶. Установленная взаимосвязь свидетельствует, что медикаментозная терапия может оказывать **защитное действие** в отношении метаболического синдрома у женщин с естественной менопаузой.

Выход есть всегда

Пациенткам с коморбидными состояниями в пери- и постменопаузе необходима реализация **мультидисциплинарного подхода** в оказании медицинской помощи. Командная работа акушера-гинеколога, кардиолога и эндокринолога позволит **эффективно снизить риски** неблагоприятных событий, в частности метаболических и сердечно-сосудистых⁹.

Значимое место в программах снижения общего **кардиометаболического риска** у женщин в пери- и постменопаузе занимает **модификация образа жизни**, включающая правильное питание и физические нагрузки.

Полезное действие двигательной активности наблюдаются не только в отношении метаболического профиля (снижения массы тела и улучшения физического здоровья), но и в **облегчении симптомов менопаузальных расстройств**. Доказано **благоприятное влияние** физических упражнений на минеральную плотность костей, качество сна, настроение и уровень тревожности¹⁰.

Положительную роль оказывает **соблюдение принципов правильного питания**. Наиболее распространённые диеты, показавшие свою эффективность, — DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension, диета для профилактики и лечения артериальной гипертензии) и средиземноморская. Обе **улучшают лабораторные маркёры** метаболического профиля: способствуют снижению общего холестерина, ЛПНП, уменьшению окислительного стресса, улучшению функции эндотелия¹¹.

Безусловно, при наличии сопутствующих заболеваний назначение антигипертензивных, сахароснижающих препаратов и статинов будет необходимым и **совершенно правильным решением**. Однако при отсутствии абсолютных противопоказаний **«золотым стандартом»** лечения климактерических расстройств, служащих предпосылкой метаболических нарушений, считают МГТ. Вместе модификация образа жизни и МГТ составляют **нерушимую «связку»**.

Грамотно и вовремя назначенная МГТ, особенно пациенткам с инсулинорезистентностью, **позволяет избежать негативного влияния** на эндокринно-метаболический профиль^{12,13}.

- Купирование инсулинорезистентности или снижение её выраженности.
- Минимизация риска СД 2-го типа.
- Уменьшение уровня гликемии натощак.
- Восстановление липидного баланса, в частности снижение концентрации триглицеридов на 5—30%.
- Снижение объёма абдоминального жира.

Согласно **действующим клиническим рекомендациям** «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» (2021), пациенткам в пери- и постменопаузе следует назначать МГТ **с целью лечения** вазомоторного синдрома, снижающего качество жизни, ГУМС и сексуальной дисфункции, а также для **профилактики постменопаузального остеопороза** у групп высокого риска¹⁴.

В соответствии с этим протоколом пациенткам в перименопаузе необходимо рекомендовать **комбинированную МГТ в циклическом режиме** (подразумевает наличие менструальноподобной реакции) с последующим **переходом на непрерывный режим**. Решая вопрос о начале приёма МГТ, следует придерживаться так называемой **«временной гипотезы терапевти-**



© Liudmila Chernetska / Komеquasy/Shock

[К пациенткам с коморбидными состояниями в пери- и постменопаузе необходим мультидисциплинарный подход. Командная работа акушера-гинеколога, кардиолога и эндокринолога позволит эффективно снизить риски неблагоприятных событий, в частности метаболических и сердечно-сосудистых.]

ческого окна»: назначения лечения в возрасте моложе 60 лет и при длительности постменопаузы менее 10 лет. По мере увеличения возраста женщины и длительности постменопаузы целесообразно снижение дозы рекомендуемых препаратов¹⁴.

Ответ на поверхности

Однако на повестке дня главный вопрос: какую форму доставки эстрогенов предпочтительнее использовать для формирования высокой комплаентности к терапии у женщин, особенно при наличии признаков инсулинорезистентности на фоне избыточной массы тела и ожирения? Профильные клинические рекомендации отмечают существующие на практике преимущества применения трансдермальных форм эстрогенов у пациенток с коморбидными состояниями.

Благодаря отсутствию первичной стадии печёночного метаболизма трансдермальные формы МГТ обладают благоприятным профилем безопасности, их можно считать предпочтительным и универсальным методом для многих женщин. Трансдермальный способ доставки эстрогенов значимо снижает риски венозных тромбоэмболических осложнений (исходно высокие при ожирении), сердечно-сосудистых событий (инфаркта, инсульта), которые могут повышаться при приёме пероральных форм^{12,14}. Препараты также подойдут пациенткам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, желчно-каменной болезнью и нарушением всасываемости.

[Трансдермальные формы МГТ имеют благоприятный профиль безопасности, их можно считать предпочтительным и универсальным методом для женщин.]

В Российской Федерации представлен перечень трансдермальных эстрогенов для использования в рамках МГТ. Наиболее удобным и доступным можно считать недавно зарегистрированный трансдермальный спрей, содержащий 1,53 мг эстрадиола гемигидрата («Лензетто»). Такая форма доставки имеет ряд преимуществ¹⁵.

- Точность дозирования действующего вещества.
- Медленное высвобождение эстрогена и поддержание его стабильной концентрации в сыворотке крови (благодаря содержащемуся в составе октисалату, который обеспечивает прохождение стероида через слои кожи и образует депо, обеспечивающее медленное высвобождение гормона).
- Высокая биодоступность.
- Высыхание на поверхности кожи за 60 сек.
- Отсутствие раздражения в зоне нанесения.

Препарат уже успешно зарекомендовал себя в реальной клинической практике.

- Исследование с использованием трансдермального спрея с эстрадиола гемигидратом (n=237)¹⁶.
 - Снижение тяжести климактерического синдрома как через 3, так и через 6 мес приёма ($p < 0,005$).

- Уменьшение тяжести вульвовагинальной атрофии и симптомов ГУМС ($p < 0,005$).

- Формирование высокой комплаентности к лечению: 79,5–82% участниц считают применение препарата очень лёгким/лёгким и 79,5–82% — были очень довольны/довольны назначенной терапией.

- Многоцентровое испытание (n=132): использование трансдермального спрея у пациенток в постменопаузе способствовало статистически значимому улучшению всех показателей по шкале оценки менопаузы (Menopause Rating Scale, MRS) на протяжении исследования (через 3 и 6 мес) в среднем на 66,2% по сравнению с первым визитом ($p < 0,001$). Наилучшие результаты были зафиксированы у женщин с климактерическим синдромом средней тяжести (70,9%)¹⁷.

- Проспективное многоцентровое исследование (n=451): использование трансдермального спрея способствует снижению тяжести вазомоторных симптомов у 81,4% женщин, 73% участниц были полностью удовлетворены назначенным лечением¹⁸.

- Исследование белорусских специалистов (n=34): нанесение спрея по 1 аппликации 1 раз в день у пациенток в постменопаузе приводило к значимому снижению тяжести вазомоторных симптомов (на 80,37%; $p < 0,001$) и выраженности признаков ГУМС (на 76,5%; $p < 0,001$), а также к купированию психоэмоциональных нарушений (на 71,26%; $p < 0,001$)¹⁹.

Учитывая результаты нескольких медицинских исследований, можно сделать вывод: трансдермальный спрей, содержащий эстрадиола гемигидрат, — вариант эффективной и безопасной терапии менопаузальных расстройств, обеспечивающий высокую комплаентность женщин.

Однако не стоит забывать, что монотерапия эстрогенами возможна только при тотальной гистерэктомии. Во всех остальных случаях, в том числе пациенткам с распространённым наружным генитальным эндометриозом в анамнезе независимо от наличия матки, показано назначение комбинации эстрогенов с гестагенами¹⁴.



Любая приходящая на приём к акушеру-гинекологу пациентка индивидуальна, даже если обращается с типичной и, казалось бы, понятной ситуацией. Постменопаузальный период по глубине возможных симптомов и осложнений подобен глубокому синему морю, особенно если в его бездне скрыты серьёзные угрозы для здоровья — в частности эндокринные и метаболические нарушения, значимо ухудшающие и так неблагоприятные «природные условия». В арсенале современных акушеров-гинекологов есть инструменты, позволяющие обуздать стихию и укротить водоворот менопаузальных расстройств, сведя его до уровня «штиля». Тактика действий врача должна быть персонализированной и учитывать коморбидность, личные предпочтения женщин, удобство и безопасность назначаемых препаратов. **SP**

Библиографию см. на с. 84–86.

ДЕТЕЙ ПЛАНИРУЕТЕ?

ДЕВЯТЬ ПУНКТОВ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ



Для просвещения пациентов по **вопросам деторождения** Европейское общество репродукции человека и эмбриологии* **разработало плакат**, наглядно демонстрирующий **важные сведения** по женской и мужской фертильности. Скачивайте по QR-коду, распечатывайте и размещайте на **информационных стендах**.

1 Фертильность** снижается с возрастом.

< 35 лет

< 40 лет

У девочек количество яйцеклеток заложено при рождении.

Сперматогенез начинается с полового созревания и продолжается всю жизнь.

2 100 млн среднее количество сперматозоидов при эякуляции.

У женщин каждый месяц созревает только 1 яйцеклетка.

~500 овуляций в течение всей жизни.

3 5 дней до выхода яйцеклетки и сам день овуляции — **окно фертильности**, когда вероятность забеременеть наиболее высока.

Не стоит полагаться на **мобильные приложения** для определения овуляции — они не всегда надёжны.

4 Вероятность забеременеть в каждом цикле у женщин:

< 30 лет — 25%

> 40 лет — 5%

> 40 лет для зачатия требуется больше времени, а риск выкидыша **выше**.

5 Важно правильно питаться, быть физически активными и высыпаться. Отказ от курения, вейпинга и алкоголя поможет **увеличить вероятность зачатия**.

Акушер-гинеколог назначит необходимые исследования паре в рамках прегравидарной подготовки.

6 1 год В этот срок беременеют **большинство женщин** (с регулярным менструальным циклом).

Если зачатие не произошло в течение **12 мес регулярной половой жизни**, обратитесь к врачу.

7 Снижение фертильности обусловлено **многими факторами**:

- ✓ ИППП,
- ✓ нарушения менструального цикла,
- ✓ синдром поликистозных яичников,
- ✓ эндометриоз,
- ✓ приём некоторых препаратов,
- ✓ загрязнение окружающей среды,
- ✓ работа с вредными веществами.

8 ЭКО **не гарантирует** успех.

Вероятность забеременеть после первой попытки:

< 35 лет — 30%

< 40–44 лет — < 10%

> 45 лет — ~ 0%

9 Современные методы лечения бесплодия могут помочь **самым разным** категориям пациентов.

Врач-репродуктолог подберёт оптимальный способ.

* European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE.

** Фертильность — способность к зачатию.

*** ИППП — инфекции, передаваемые половым путём.