

# Status Praesens

*гинекология акушерство бесплодный брак*

#2 [38] 04 / 2017 / StatusPraesens



ISSN 2074-2347  
9 772074 234773  
17003

тема  
**№**

## **Будни эндокринной гинекологии**

Конфликты на почве аборта: об их разнообразии и способах преодоления • Перерывы в приёме КОК — не просто абсурдный, но и небезопасный совет • Существует ли условно безопасный безводный период? • ВОЗ: до 22% материнских смертей косвенно или прямо обусловлены дефицитом железа. Что противопоставить? • Клинический разбор случая near-miss при преэклампсии • Поздний репродуктивный и перименопаузальный периоды: факторы риска здоровья женщины • НМЦ-настороженность должна стать неотъемлемой частью практики любого клинициста • КОК и тромбозы: взгляд реалиста



## Дорогие коллеги, читатели StatusPraesens!

Рано или поздно каждый молодой специалист переходит в разряд «старших товарищей» — и тогда приходит время вспомнить своих учителей. Первый пациент, первое дежурство, первая самостоятельная операция — всегда **кто-то был рядом**, учил и направлял, вселял уверенность в успехе и поддерживал в трудную минуту.

К сожалению, прекрасное русское слово «наставник» постепенно уходит из нашей повседневной речи. Конечно, и сейчас, начиная свою профессиональную жизнь, врач по-прежнему может рассчитывать на помощь более опытных коллег, но всё же теперь стало гораздо важнее **иметь навыки самообразования**, активного поиска и анализа информации, необходимой для принятия правильных клинических решений. Да и акушер-гинеколог с большим стажем работы, чтобы всегда быть на высоте, не может позволить себе расслабиться. Сегодня, как никогда ранее, стали актуальны знания **не только по основной специальности**, но и в области медицинского права и этики, навыки предупреждения и разрешения конфликтов. В этих условиях трудно переоценить роль нашего лоцмана в бескрайнем море профессиональной информации — журнала StatusPraesens.

Хочу пожелать его создателям, авторам и читателям — представителям разных поколений врачей — вдохновения и успехов в работе!

Руководитель отдела охраны  
репродуктивного здоровья Научного центра  
проблем здоровья семьи и репродукции  
человека г. Иркутска,  
докт. мед. наук, проф. **Л.В. Сутурина**

# Status

## гинекология акушерство

#2 [38]

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, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский  
**Директор журнала:** канд. мед. наук (Светлана Александровна Маклецова)  
**Креативный редактор:** Виталий Кристал (vit@lily.ru)

**Арт-директор:** Лина Разгулина

**Редакционный директор:** Александр Васильевич Иванов

**Ответственный секретарь:** Татьяна Анатольевна Добрецова

**Заместители редакционного директора:** Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Катаева

**Ответственные редакторы номера:** Ольга Александровна Катаева, Татьяна Анатольевна Добрецова

**Научные эксперты:** канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев,  
канд. мед. наук Сергей Александрович Князев

**Медицинские и литературные редакторы:** Хильда Симоновская, Ольга Катаева, Юлия Бриль,  
Ирина Ипастова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова,  
Елена Матюхина, Дарья Андреева, Ольга Раевская

**Препресс-директор:** Наталья Лёвкина

**Выпускающий редактор:** Марина Зайкова

**Вёрстка:** Юлия Скутотчина, Дмитрий Амплеев

**Инфографика:** Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Лина Разгулина, Юлия Крестянинова, Лидия Веллес

**Корректоры:** Елена Сосеева, Анастасия Валентей

**Руководитель отдела взаимодействия с индустрией:** Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)

**Отдел подписки:** Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, ул. Бакунинская, д. 98а, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной (собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется 000 «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 25 000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 30 апреля 2017 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: 8 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: www.praesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шоссейная, д. 4д / Приланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Разгулина. Фотография на обложку: Анна Давидович. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро (статус презенс)»

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

# STATUS Pra

гинекология акушерство беларусь

## СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА

12 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ



### Конфликтология аборт

Конфликты на почве аборта: об их разнообразии и способах преодоления  
Стребков А.И., Шевякова А.М.

По официальной статистике, если в 1935 году, до введения запрета на аборты в нашей стране, они были причиной **26%** всех случаев материнской гибели, то после запрета искусственного прерывания беременности в 1936 году этот показатель вырос к 1940 году до **51%** и в начале 1950-х превысил **70%** (!).

31 АНАТОМИЯ  
ДОСТОВЕРНОСТИ

### Игры на выживание

Новые подходы к ведению пациенток при сочетании миомы матки и обильных менструальных кровотечений

Тихомиров А.Л., Беттихер О.А.

Нарушения, характерные для постгистерэктомического синдрома, могут развиваться в течение долгого времени и проявляться не сразу после хирургического вмешательства: недержание мочи, ухудшающее качество жизни и снижающее уровень самооценки и социализации, может возникнуть **через 10 лет после операции**.

39 ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ  
ЭРА

### Забывтые возможности

Прошлое, настоящее и будущее фаготерапии

Климова О.И., Ипастова И.Д., Добрецова Т.А., Гурджиева А.Ю.

Фаги состоят из генетического материала (ДНК или РНК) и покрывающего его капсида. Такое строение **не позволяет им размножаться вне живых клеток** ввиду отсутствия механизмов репликации собственного генома.

47 VIA SCIENTIARUM

### Эффект предвидения

Поздний репродуктивный и перименопаузальный периоды: факторы риска нездоровья женщины

Овсянникова Т.В.

52

## Мина замедленного действия

Нарушения менструального цикла у молодых женщин. Особенности консультирования и ведения пациенток

Брюхина Е.В., Катаева О.А., Симоновская Х.Ю.

Кажется, что, когда речь идёт о выборе метода предупреждения беременности, вполне можно положиться на мнение молодых пациенток. К сожалению, не всё так просто. Доля женщин, считающих, что они хорошо информированы о своих возможностях в части контрацепции, колеблется от 30% в России до 86% в США. Очевидно, что здесь — «непаханое поле» для консультирования.

61

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

## Кислородная бомба

Нарушения биоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста

Соловьёва А.В.

69

ДИСКУССИОННЫЙ  
КЛУБ

## Информированный оптимизм

Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы и тромбозы: взгляд реалиста

Яролинская М.И., Маклецова С.А., Ипастова И.Д.

**Равенство** показателей смертности от всех медицинских причин в группах женщин, когда-либо использовавших КОК и никогда их не применявших, было доказано в ходе очередной ревизии результатов исследования Nurses' health study (2014).

82



## В поисках идеального баланса

Риски МГТ и её альтернативы

Унанян А.Л.

Во время **менопаузального перехода** отмечают повышение уровня ФСГ, снижение концентрации антимюллерова гормона и ингибина В, уменьшение числа антральных фолликулов. На поздней стадии межменструальный интервал может достигать 60 дней, что свидетельствует о приближении менопаузы.

89

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ  
ДОКАЗАТЬ

## Видеть легко, трудно предвидеть

Первичная и вторичная профилактика эндометриоза

Кузнецова И.В., Раевская О.А.

# Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

97 РАБОТА НАД  
ОШИБКАМИ

## Don't stop!

Пероральная гормональная контрацепция: нужны ли перерывы?

Подзолкова Н.М., Бриль Ю.А.

Половина пользовательниц отказываются от КОК в течение 3 мес, а каждая третья — через год. Обескураживающий факт: почти половина тех, кто применял КОК на протяжении года или двух, получили рекомендацию «сделать перерыв» от своего врача.

105 РОДЗАЛ

## До недели — можно

Исследование продолжительности относительно безопасного безводного периода

Артымук Н.В., Елизарова Н.Н.

По целому ряду параметров **условно безопасный безводный период** при недоношенной беременности составляет 7 сут. Тем не менее принимать окончательное решение о том, на сколько дней можно пролонгировать гестацию при преждевременном разрыве плодных оболочек, следует индивидуально.

111 ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

## Вагинальные роды при болезнях сердца: реальный выбор

О необходимости и природе доказательств в клинической медицине

Медведь В.И.

116



## Ставка на скорость

Железодефицитная анемия у беременных: риски и возможности коррекции  
Радзинский В.Е., Рябинкина Т.С.

У 80% пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза сопутствующим диагнозом бывает анемия, причём чаще всего (71%) именно ЖДА. Важно, что **при ВЗОМТ скрытый железодефицит** может быть выявлен по уровню ферритина — это универсальный «накопитель» железа, «стратегический запас».

125 CASUISTICA

## Между небом и землёй

Клинический разбор случая near-miss при преэклампсии. Анализ ошибок через призму современных клинических рекомендаций

Габидуллина Р.И., Галимова И.Р.

132 ЛИТЕРАТУРА  
И ИСТОЧНИКИ

# Живём во времена перемен

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский  
о реформе, буднях и системе координат современной гинекологии



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

Отечественная гинекология переживает очередное реформирование. Мы стали свидетелями чрезвычайно важных изменений в организации работы, прежде всего амбулаторного, а затем и стационарного звена, но самое главное — в объёме и методах лечения. Такую действительность следует понимать, **принимать** и, что немаловажно, **включаться в систему**. Хотя это иногда совсем непросто. Современный врач должен стать един во многих лицах, но оставаться при этом профессионалом высокого уровня.

Последствия реформ отрасли испытали на себе уже практически все специалисты. Однако в большей степени **реорганизация ощутима** врачами женских консультаций. Эти структурные подразделения давно и прочно вошли в систему здравоохранения России, сохраняют своё место и значение по сей день, хотя во многих странах мира их попросту нет. В результате реформ **не будет гинеколога-эндокринолога** и специализированных кабинетов, которыми мы гордились в своё время: невынашивания беременности, бесплодия, эндокринной гинекологии, патологии шейки матки, патологического климактерия... Одним словом, так же как во всём цивилизованном мире, отечественный гинеколог должен быть врачом, владеющим **всеми без исключения технологиями** выявления и лечения гинекологических заболеваний или ассоциированных с ними болезней.

Это первый удар по сложившейся практике, который на протяжении многих лет выступает предметом жарких дебатов на различных форумах. Прежде всего потому, что если в женской консультации на восемь участков работает один гинеколог-эндокринолог — это абсурд, ибо **80% гинекологических заболеваний эндокринно детерминированы**. С другой стороны, понятно, что все женщины с эндокринными нарушениями не могут быть приняты одним врачом-специалистом, поскольку остальным семи нечего будет делать, кроме как давать направления на аборт и миомэктомию и лечить несуществующие, поставленные не по «золотому стандарту» диагнозы типа «хронический аднексит» или «хронический эндометрит».



Одно из весьма прогрессивных новшеств отрасли — замена аттестации всех без исключения врачей по категориям на аккредитацию и **лицензирование** каждого вида медицинской помощи, которую должен оказывать специалист соответствующего профиля. Именно это в корне изменит систему оказания гинекологической помо-

[ Отечественный гинеколог так же, как во всём цивилизованном мире, должен быть врачом, владеющим всеми технологиями выявления и лечения гинекологических заболеваний или ассоциированных с ними болезней. ]

{слово главного редактора}

щи. Врач будет вынужден владеть всеми технологиями, в которых нуждается пациентка, страдающая гинекологическими заболеваниями.



Существенные изменения произошли в системе диагностики и лечения. Диагностика больше не может основываться, к примеру, только на пальпаторном определении признаков хронического аднексита. Если речь идёт об этом заболевании, то должны быть произведены лапароскопическое исследование, расщепление спаек и, самое главное, биопсия для верификации наличия или отсутствия воспалительного процесса.

[ Сегодня вопросы диагностики регламентированы мировыми и отечественными клиническими протоколами, а для лечения заболеваний следует использовать лекарственные средства, имеющие доказательную базу. ]

Ещё в большей степени это относится к выявлению хронического эндометрита, где во время офисной (подчёркиваю!) гистероскопии будет взят биоптат эндометрия и гистологически установлено — имеется воспалительный процесс или нет. Здесь возникнут свои сложности. Не у 100% пациенток можно гистологически верифицировать хронический эндометрит. Однако это уже **другой уровень решения** задач. В настоящее время вопросы диагностики регламентированы мировыми и отечественными клиническими протоколами. Соответственно, и в вопросах лечения следует опираться не на средства, которые привыкли назначать традиционно, а использовать те лекарства, которые имеют доказательную базу, внесены в Государственный реестр зарегистрированных лекарственных средств Российской Федерации для терапии тех или иных заболеваний, и те, которые можно назначать off-label по заключению врачебной комиссии.



Наиболее уязвимым и непрояснённым разделом по-прежнему остаётся эндокринная гинекология. Как уже было

сказано, **четыре из пяти** пациенток гинекологического профиля нуждаются в той или иной гормональной коррекции. Например, это касается эктопии цилиндрического эпителия, особенно у молодой и нерожавшей женщины. Участились на 17% деструкции шейки матки по поводу этого патологического состояния (так называемой «эктопии шейки матки») с помощью совершенно «варварских методов». Сюда относят диатермокоагуляцию, лазерную вапоризацию, криодеструкцию, которую используют лишь в странах третьего мира. Все эти методы доказанно резко **снижают овариальный резерв**. А ведь лечить эктопию следует созданием второй фазы менструального цикла. И этого

достаточно: после установления двухфазного цикла исчезнет эктопия. Вышесказанное — один из примитивных примеров тех ошибок, которые допускают врачи амбулаторного звена, **поввергая ненужному хирургическому лечению** женщин, нуждающихся в гормональной коррекции. Что уж говорить о терапии аномальных маточных кровотечений и ановуляторного бесплодия, которое целиком и полностью лежит в зоне ответственности женской консультации.



Беда нашего профессионального сообщества в **незнании** эндокринной гинекологии. Нескольких лет назад в Сочи на конгрессе «Контраверсии в акушерстве и гинекологии» прошёл симпозиум «Гормонофобия». Он длился в 2,5 раза дольше запланированного времени и наглядно показал яркие и впечатляющие примеры отказа от использования эндокринного лечения врачами-гинекологами там, где это действительно было необходимо. Однако самое главное — позволил установить причину отказов, которая состоит в элементарной неинформированности; незнании того, что же на самом деле представляет собой

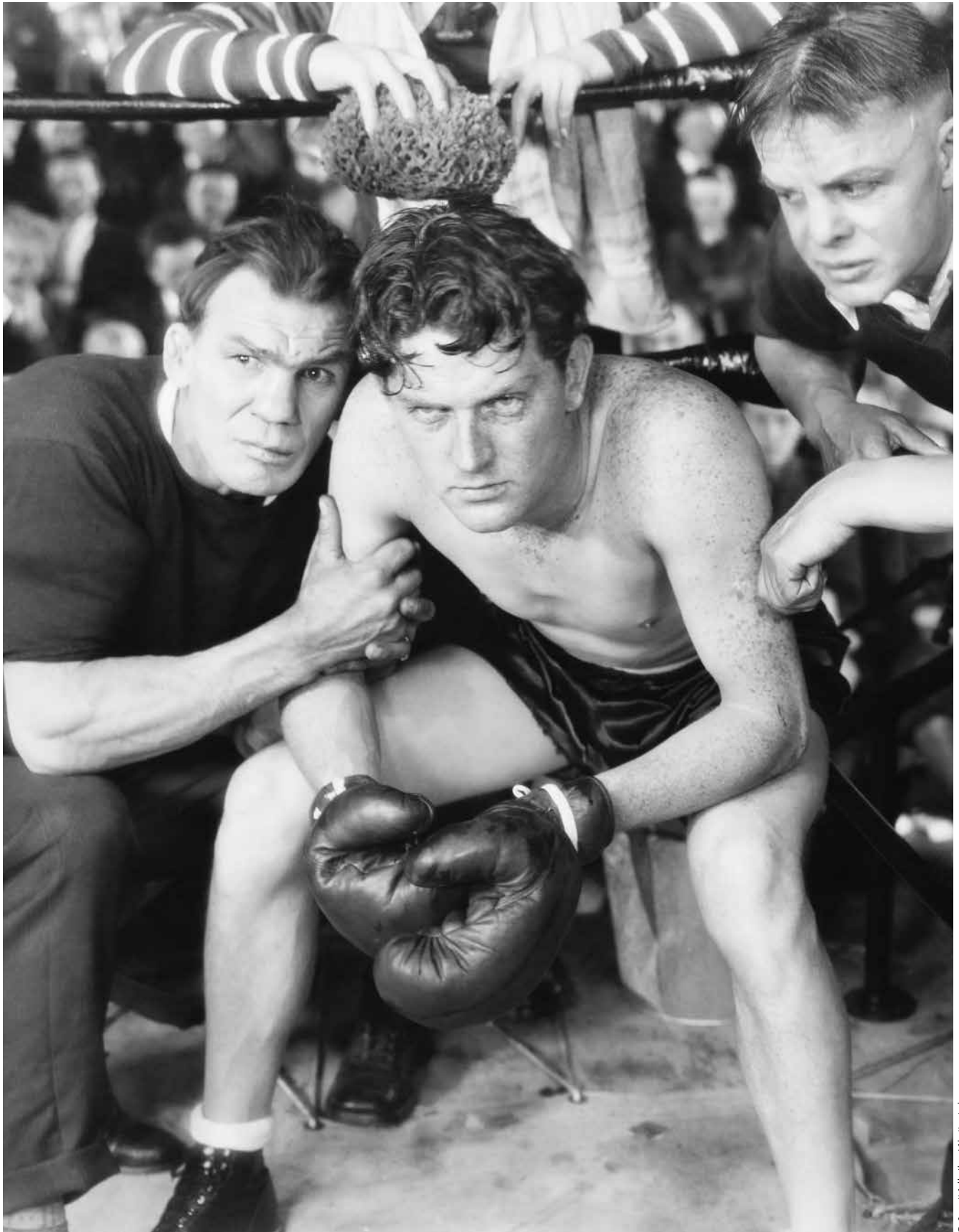
гормональный гомеостаз и каким образом следует корректировать его нарушения при заболеваниях гинекологического профиля. В процессе этой яркой живой дискуссии стало понятно: весьма **распространённое заблуждение** в том, что применение гормонов способствует ожирению, раку и множеству других заболеваний и осложнений, базируется на малом объёме знаний клиницистов.

Кстати, вряд ли было бы уместно очень сильно упрекать в этом акушеров-гинекологов. В 60-е годы прошлого века, когда начала развиваться эндокринная гинекология, а гормональные препараты были (и остаются!) весьма дорогими, их закупка не поощрялась, поскольку государство дотировало все импортные продукты — хоть обувь, хоть лекарства. Именно поэтому, не желая тратить деньги на средства заместительной гормонотерапии, выдвигали **лозунги, граничащие с гримучей безграмотностью**, дескать «бабы и без этого не умирали», «контрацепция снижает рождаемость». На фоне этих примитивных постулатов происходило развитие эндокринной гинекологии. Понятно, что политика и экономика всегда перевешивали здравый смысл и достижения передовой медицины. Мы до сих пор преодолеваем эти неверные стереотипы, которые во многом затормозили развитие эндокринной гинекологии в России.



В настоящее время мы все как один обязаны овладеть достаточным уровнем знаний о гормональном лечении на основе **доказанного диагностического оптимума**, а не «анализов на все гормоны», с результатами которых врач зачастую не может разобраться. Решению этих задач посвящена деятельность многих кафедр, школ эндокринной гинекологии. Практика показала высокую востребованность таких практикумов, например, количество желающих попасть на «Школу эндокринной гинекологии», организованную Медиабюро SP и кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медработников РУДН, существенно превысило запланированное. Отрадно сознавать **растущий интерес специалистов** к интенсивному повышению квалификации без





© Everett Collection / Shutterstock.com

отрыва от работы: учиться после завершения трудовой деятельности, когда до позднего вечера приходится сидеть и на конкретных примерах разбирать отдельные положения. Однако без этого, к сожалению, в настоящее время обойтись невозможно. В современной гинекологии важна и востребована **идеология** практически направленного, без излишнего теоретизирования, но базирующегося на доказанных данных выявления ранних гормональных нарушений и их коррекции.



Отдельно стоит вопрос о гормональной контрацепции и о менопаузальной гормонотерапии. Резко снизившееся число аборт в России, увы, **мало связано** с потреблением средств эффективной контрацепции. Если даже согласиться с официальной статистикой: 23% женщин используют эффективные методы, из них 13% — ВМК. А вот число потребляющих гормональные препараты, увы, не растёт. Но ведь ещё в 2011 году на 9-м Конгрессе Европейского общества гинекологов в Копенгагене прозвучало сообщение о том, что применение современных гормональных средств женщинами, не

составляет 57 на 1000 женщин, в развитых — 42 на 1000. Причины же отличаются: в развитых странах высокая приверженность к оральным гормональным контрацептивам, в развивающихся — их простая недоступность. Таким образом, если в США гормональные контрацептивы использует треть всех пользовательниц (более 11 млн женщин), в Германии — более 30%, в Нидерландах — 40%, то в России — только 11%. А ведь современные средства предохранения от нежеланной беременности обладают, как было сказано выше, ещё и дополнительными **лечебными свойствами**, многие из которых уже указаны в официальных инструкциях к препаратам в качестве показаний. Не знать этого и не применять того, что **нивелирует эколого-репродуктивный диссонанс**, пик которого пришёлся на начало XXI века, преступно.



Нельзя не напомнить: эколого-репродуктивный диссонанс выражается в том, что заложенные природой и осуществившиеся 100 лет назад нашими прабабушками модели поведения предусматривали 7 детей, 70 менструаций, 130 овуляций за всю жизнь.

[ В России только 11% женщин используют гормональные контрацептивы, хотя современные препараты этой группы обладают дополнительными лечебными свойствами, многие из которых указаны в официальных инструкциях к препаратам в качестве показаний. ]

нуждающимися в **предупреждении беременности**, с **лечебной целью** следует признать новой главой в истории контрацепции и новым вектором в гинекологии.

Именно в таком направлении движется весь цивилизованный мир. В большинстве стран Центральной Европы нет превратного отношения к гормональной контрацепции, отсюда и **минимум абортов**. В США за счёт государственной страховки покрывают расходы на противозачаточные таблетки. Число незапланированных беременностей в развивающихся странах

В настоящее время — 1,8 ребёнка, до 500 менструаций, до 300 овуляций за жизнь. Понятно, что **организм человека не успел подготовиться**, эволюционировать — слишком быстро произошла смена репродуктивных установок. И не приходится удивляться росту гормонально зависимых заболеваний: миомы, эндометриоза, поликистоза яичников, бесплодия — именно в силу того, что непрошедшие эволюционные этапы от многоорождения к среднетности и малодетности, полгода грудного вскармливания вместо 18 лет (в течение жизни), традиционных ранее,

и породили весь тот шквал проблем, с которыми сталкивается современный гинеколог. А поскольку они в основном носят характер нарушения гормонального гомеостаза, то и перечисленные заболевания, в том числе болезни молочной железы, **лежат в одной плоскости знания**, что нужно учитывать при диагностике и лечении.



Весьма неблагоприятна ситуация и с климактерием. В экономически развитых странах средняя продолжительность женской жизни составляет 82 года. При этом женщин старше 50 лет стало втрое больше, чем в прошлом веке. В России 41% наших соотечественниц — около 39 млн — находятся в перименопаузальном периоде. А по прогнозам, к 2030 году каждый пятый житель страны будет в возрасте 65 лет и более. С одной стороны, можно говорить об улучшении условий жизни на Земле в целом, однако продолжительность жизни, увы, **вовсе не синоним её качества**, особенно в постменопаузе. Такая примета времени требует от врачей колоссальных усилий в обеспечении должного уровня качества жизни женщин старшего возраста. Настораживает тот факт, что в нашей стране **МГТ используют не более 1% пациенток**, имеющих потребность в такого рода терапии. Это, конечно же, один из существенных недостатков системы в целом и здравоохранения в частности. И это задача, которую решать жизненно необходимо.



Настоящий выпуск журнала, объединённый названием «Будни эндокринной гинекологии», как и многие предыдущие номера, пытается **восполнить дефицит современных знаний**, в которых нуждается каждый практикующий врач для того, чтобы соответствовать современному представлению о высококвалифицированном специалисте, да и просто о человеке, равнодушном к тому, каковы будут результаты его труда сегодня, завтра и в отдалённой перспективе. **SP**

# конфликтология абортов

Конфликты на почве аборта: об их разнообразии  
и способах преодоления



**Авторы:** Александр Иванович Стребков, проф., докт. полит. наук, зав. кафедрой конфликтологии Института философии Санкт-Петербургского государственного университета; Ангелина Михайловна Шевякова, бакалавр той же кафедры (Санкт-Петербург)

Копирайтинг: Ирина Ипастова

В последнее время в России тему искусственного прерывания беременности поднимают всё чаще, а её обсуждения проходят всё острее. До сих пор продолжают звучать призывы со стороны отдельных групп населения полностью запретить аборт на территории страны. Подобным инициативам противодействуют правозащитники, ссылающиеся на Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации женщин, в соответствии с которой материнство — вопрос их частной жизни.

Позиции сторон не только никогда не способствовали достижению единой точки зрения, но и сталкивались самым непримиримым образом, перерастали в социальную борьбу. Однако такое явление, как аборт, способно провоцировать столкновения не только на **политическом** уровне...

**П**ринятие решения о прерывании беременности порождает многочисленные конфликты не только в духовной, но и в социальной жизни. От их успешного преодоления во многом зависит психологическое здоровье как самой женщины, решившейся на эту процедуру (с которым тесно связаны её репродуктивное здоровье и в целом хороший настрой на деторождение в будущем), так и её окружения.

Настоящая статья посвящена основным конфликтам, возникающим на почве принятия решения об аборте, и способам их преодоления.

Итак, аборт может провоцировать следующие виды конфликтов:

- **внутриличностный:**
  - у женщины после аборта;
  - у работника женской консультации, проводящего доабортное консультирование;
  - у гинеколога, проводящего процедуру аборта;
- **межличностный, между личностью и группой:**
  - между женщиной и биологическим отцом ребёнка;
  - между женщиной и государством, а также общественным мнением.

О каждой из этих сложных ситуаций и способах их разрешения и пойдёт речь далее.

## Конфликт с самой собой

Решившись на аборт, женщина практически неминуемо сталкивается с внутриличностным конфликтом. Беременность уже сама по себе связана с физиологическим и психологическим стрессом, а искусственный аборт способен спровоцировать ещё более выраженную психологическую реакцию. Последняя особенно остро проявляется при прерывании беременности по решению самой женщины (сказывается признание личной ответственности), нежели при аборте по медицинским показаниям.

Очень показательны в этом плане результаты исследования коллег из Санкт-Петербурга (2014), в котором изучали особенности переживания чувства вины у женщин, сознательно прервавших беременность<sup>1</sup>. В работе приняли участие 70 женщин — с опытом сознательного прерывания беремен-

ности и без такового. Оказалось, что около 54% (!) из тех, кто делал аборт, расценивают свой поступок как ошибку. Большинство испытывают агрессию, направленную на себя. Эти женщины имеют следующие представления об аборте:

- для 42% это грех, убийство (обращает на себя внимание тот факт, что у женщин с «безабортным» анамнезом искусственное прерывание беременности в 3 раза реже вызывает такие ассоциации);
- 20% охарактеризовали аборт через субъективные оценки «плохо», «несчастье», «ошибка»;
- у 12% аборт вызывает эмоции ужаса, стыда, страха;
- только 1% высказались нейтрально по типу «аборт как выход из сложной ситуации»;
- оставшиеся 16% опрошенных затруднились с ответом.

В том же исследовании выявлено, что женщины, перенёвшие аборт, прибегают к различным механизмам психологической защиты (подавление, компенсация, проекция, замещение), которые помогают им блокировать негативные

[ Женщины, перенёвшие аборт, прибегают к различным механизмам психологической защиты (подавление, компенсация, проекция, замещение), что помогает блокировать негативные эмоции. ]

эмоции, забыть обстоятельства травмирующего воспоминания. Однако, к сожалению, не все из используемых механизмов оказывают положительный эффект на психику; некоторые из них, напротив, носят деструктивный характер и лишь усугубляют межличностный конфликт. Примером защитного психологического механизма с деструктивным действием служит приписывание окружающим негативных качеств, формирующее основу для непринятия других и принятия на этом фоне себя; а также переложение ответственности за принятое решение на судьбу, что подавляет волю и веру в собственные силы.

В отличие от этого, добрую службу способна оказать серьёзная работа над собой (исправление собственных недостатков, самосовершенствование), что

позволяет проложить нелёгкий путь к одобрению себя. Движение в таком направлении даёт хорошие результаты. Так, например, установлено, что беременные, которые в прошлом перенесли аборт, выше ценят возможность испытать счастье материнства, имеют более чёткие цели и перспективы, оптимистичное отношение к себе, проявляют больший интерес к жизни, лучше осознают возможность быть творцом своего жизненного пути<sup>2</sup>.

Подытоживая вышесказанное, следует сделать вывод: для преодоления постабортного кризиса, нередко оборачивающегося глубокой и затяжной депрессией, необходима долгая и сложная психологическая работа, которая зачастую невозможна без привлечения специалиста. От того, насколько конструктивно женщина преодолеет внутриличностный конфликт, будет зависеть её душевное здоровье (с сохранением позитивного психологического настроя к материнству в будущем) и, как доказывают результаты многочисленных исследований, тесно с ним связанное физическое здоровье. Так, например, в российском исследова-

нии (2016) на примере студенток высшего учебного заведения показано, что эмоциональный стресс негативно влияет на уровень гормонов, регулирующих репродуктивную функцию женщин<sup>3</sup>. При стрессе у студенток нарушалась активность гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, при этом изменение уровня гонадотропинов, стероидных и пептидных гормонов носило разнонаправленный характер в зависимости от исходно преобладающего тонууса вегетативной нервной системы. У девушек-симпатотоников (доминирование симпатической нервной системы в условиях стресса) повышался уровень фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола, тогда как у ваготоников (преобладание парасимпатической нервной системы) снижались концентрации фолликулостимулирующего и люте-

инизирующего гормонов, эстрадиола, прогестерона и пролактина, происходило угнетение лютеиновой фазы<sup>3</sup>.

Таким образом, для сохранения репродуктивного потенциала у женщин, решившихся однажды на аборт, очень важно заботиться не только о физической реабилитации, но и о психологической. Вот почему в качестве меры профилактики абортотворения и реализации демографической политики постабортное психологическое консультирование столь же важно, что и доабортное.

## Конфликт

### с биологическим отцом

Решение женщины сделать аборт или же сохранить беременность против воли мужчины способно также спровоцировать межличностный конфликт с потенциальным отцом ребёнка.

С точки зрения права сегодня в России решение об аборте принимает женщина без учёта мнения заинтересованных лиц, хотя в случае рождения ребёнка родительские обязанности распространяются и на мать, и на отца. При отсутствии у мужчин права официально инициировать процедуру аборта женщина может сохранить ребёнка, в судебном порядке установить отцовство и взыскать с него алименты<sup>4</sup>. Мужчины же вплоть до настоящего времени могут повлиять на решение женщины только опосредованно, как, например, через уклонение от ответственности и эмоциональное отдаление от партнёрши, что в условиях сильного психологического стресса на фоне беременности, неуверенности в собственных силах, неустроенности в социальном плане может подтолкнуть женщину к аборту<sup>5</sup>. Такое положение вещей, с одной стороны, защищает материнство и детство, а с другой — ущемляет права мужчины.

Гендерная дискриминация в этом вопросе имеет и обратную сторону: если женщина намерена сделать аборт против воли биологического отца, мужчина также не имеет никаких правовых механизмов, позволяющих ему защитить своего ребёнка.

В России попыток решить вопрос о праве мужчины официально влиять на решение женщины об аборте/со-

хранении беременности пока не предпринимают, по крайней мере в Концепцию государственной семейной политики в РФ до 2025 года такая задача не входит<sup>6</sup>. А вот в Швеции попытка «сгладить асимметрию» была предпринята в 2016 году в виде законопроекта о так называемом **юридическом аборте**, сохраняющем за мужчиной право отказаться от нежеланного ребёнка до 18-й недели беременности (срока легального аборта в Швеции). В случае своевременного отказа мужчина должен быть избавлен от обязанности платить алименты, но при этом он лишается права видеться с ребёнком и участвовать в его воспитании<sup>7</sup>. В настоящее время этот законопроект поддержки у общества пока не получил.

Тем не менее, чтобы всё-таки повысить влияние мужчины в вопросе проведения аборт/сохранения беременности, было бы целесообразно разработать программу, в рамках которой мужчине может быть предложено подписание с женщиной **договора по типу услуг сурrogатного материнства**. Заключение такого договора должно быть добровольным и предложенным **в качестве альтернативы аборту**. Так, в рамках этого договора мужчина должен признать отцовство на рождённого ребёнка, обязаться оказывать заранее оговорённую сторонами материальную поддержку беременной на протяжении всего срока гестации и восстановительного периода, а также принять на себя полную ответственность за ребёнка с его рождения и до 18-летия. В качестве гарантий исполнения договора мужчиной должны быть предъявлены поручители. В свою очередь женщина в рамках этого договора после рождения ребёнка будет иметь возможность (но не обязанность) отказаться от роди-

тельских прав и обязанностей, полностью передав ответственность за дальнейшую жизнь ребёнка его отцу. На усмотрение сторон может быть оговорено единовременное денежное вознаграждение женщине отцом ребёнка.

Для уравнивания гендерных прав также желательно разработать механизмы обязательного **информирования мужчины** о намерении женщины сделать аборт. Однако, учитывая специфику процедуры установления отцовства, применение каких-либо принудительных санкций по отношению к женщине представляется невозможным и неэтичным. Именно поэтому информирование потенциального отца ребёнка о планируемом аборте не должно быть вменено женщине в обязанность, но должно быть активно и неоднократно рекомендовано гинекологами. Вспомогательную роль может оказать социальная реклама в женских консультациях и клиниках, порицающая утаивание аборта от отца ребёнка и раскрывающая преимущества описанной выше программы.

## Конфликт у медицинских работников

Решение женщины сделать аборт может порождать также внутрилчностный конфликт у работников женской консультации, которые **законодательно обязаны** проводить доабортное консультирование в качестве меры профилактики аборт<sup>8</sup>. Хотя женщина самостоятельно решает, делать ли ей аборт,



© Ирина Коженина / Фотобанк.Пори

[ Хотя женщина сама решает, прерывать ли ей гестацию, доабортное консультирование фактически возлагает часть ответственности на консультанта, что может обернуться для него стрессом и чувством вины, если ему не удастся уговорить свою пациентку сохранить беременность. ]

доабортное консультирование фактически возлагает часть ответственности за жизнь ребёнка на **консультанта**, что может обернуться для него **стрессом и чувством вины** в том случае, если ему не удалось уговорить свою клиентку сохранить беременность.

В соответствии с методическими рекомендациями по психологическому доабортному консультированию, разработанными под эгидой Центра общественных инициатив, немотивированность женщин, которая выражается в нежелании слушать, думать о болезненной теме и вообще находиться в кабинете, служит самой большой проблемой<sup>9</sup>. «...Такая ситуация представляет собой очевидный источник стресса для консультанта любой теоретической ориентации — неважно, в каком учреждении это происходит. Консультант вынужден помогать, наставлять на путь истинный человека против его воли...»<sup>9</sup> По сути, доабортное психологическое консультирование становится своеобразным экзаменом по проверке умений и навыков консультанта.

Для защиты консультанта от внутреннего конфликта очень важно, чтобы он правильно понимал свои функции, **не преувеличивал личную ответственность**. Согласно упомянутым рекомендациям, консультант не принимает решение за клиента, а стремится максимально расширить его поле восприятия ситуации, видение потенциальных возможностей, ресурсов для решения проблемы. Иначе говоря, суть работы должна быть сведена к объективизации взгляда женщины на

сложившуюся жизненную ситуацию, а не к прямому участию в её выборе. Кроме того, чтобы защитить консультанта от внутреннего конфликта, немаловажно, чтобы он сам имел возможность **обратиться к психологу**.

Заложником внутриличностного конфликта также может становиться **гинеколог**, ответственный за исполнение процедуры искусственного прерывания беременности, — он может негативно оценивать решение женщины и не желать принимать участие в его реализации, рассматривая аборт как убийство. Вообще право врача отказаться от выполнения аборта как право на уважение своих религиозных и нравственных принципов впервые было зафиксировано в Декларации о медицинских абортах, принятой Всемирной медицинской ассоциацией в Осло в 1983 году. В России для таких случаев предусмотрена соответствующая **правовая норма**: согласно пункту 3 статьи 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», лечащий врач **вправе отказаться от проведения искусственного прерывания беременности**, если это непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих<sup>10</sup>. Для этого врач должен в письменном виде уведомить своего руководителя. Гарантии беспрепятственно пользоваться этим правом может обеспечить профсоюз работников здравоохранения.

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №2 (38) ф2/2ф17



[ В России лечащий врач вправе отказаться от проведения искусственного прерывания беременности, если это противоречит его взглядам и непосредственно не угрожает жизни пациентки и здоровью окружающих. Это право закреплено статьёй 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». ]



# БАКТЕРИОФАГИ vs АНТИБИОТИКИ

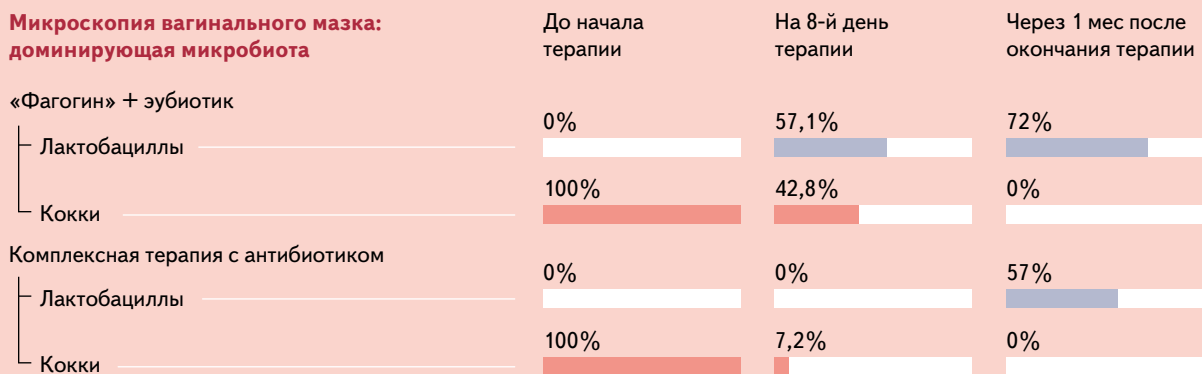
## СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ 72 ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВАГИНАЛЬНОГО БИОЦЕНОЗА

### БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ (n=28)

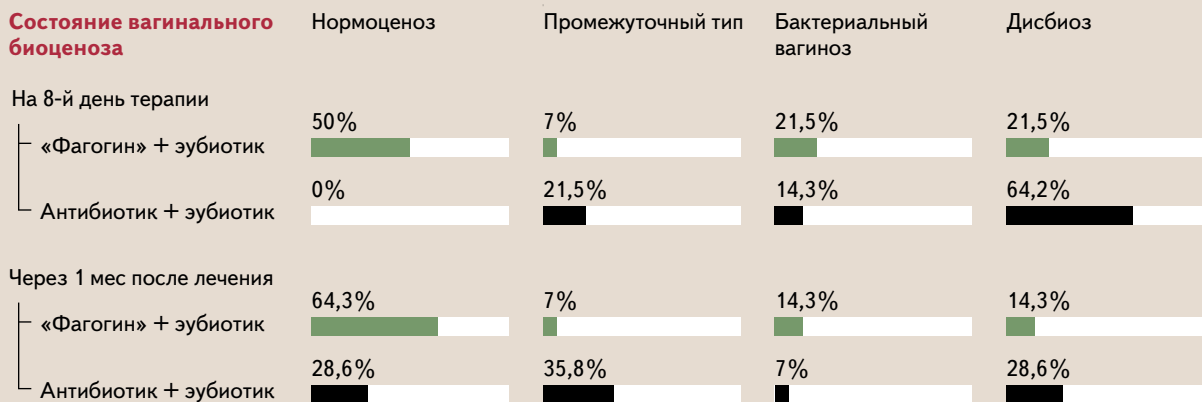
#### Микроскопия вагинального мазка: ключевые клетки



#### Микроскопия вагинального мазка: доминирующая микробиота

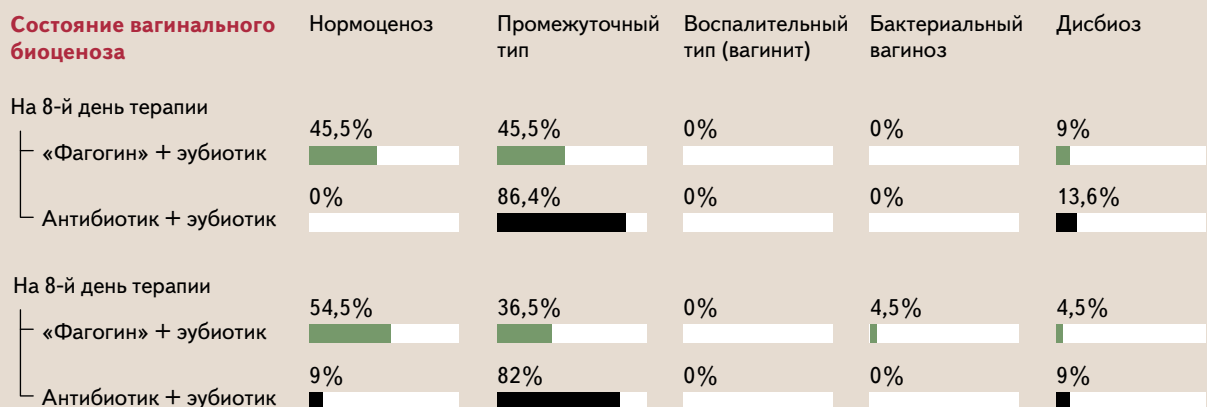
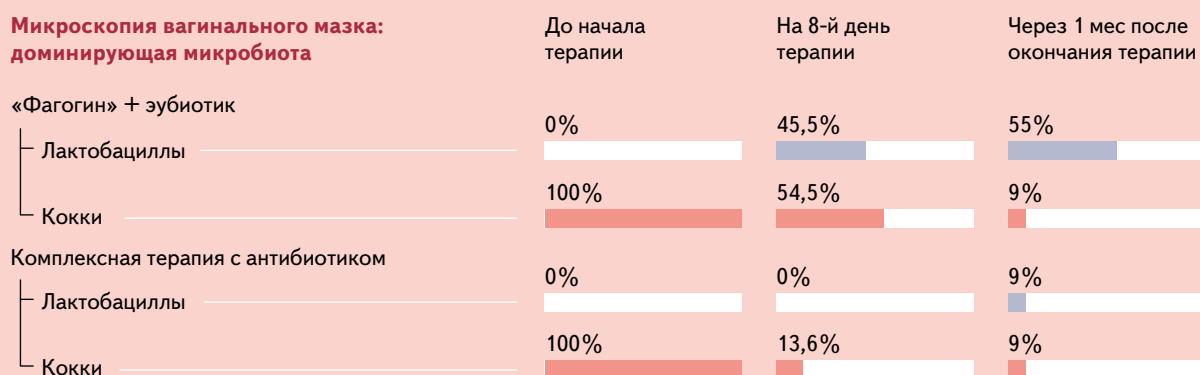


#### Состояние вагинального биоценоза



Уже через неделю лечения бактериофагами восстановление биотопа влагалища наступило у 50% пациенток. А вот у получавших антибиотик нормализация вагинальной биосреды произошла менее чем у трети и лишь спустя 1 мес терапии — и по всей видимости, благодаря эубиотику.

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ВАГИНИТ (n=44)



Как и в случае терапии пациенток с бактериальным вагинозом, восстановление вагинального биоценоза у женщин с неспецифическим вагинитом происходит намного медленнее после антибактериального лечения по сравнению с применявшими комплексную терапию с бактериофагами.

### Вывод:

Результат действия **антибиотиков** — «выжженное поле» вагинального биотопа. При этом шансы колонизации как у лактобактерий, так и у патогенов равны. **Бактериофаги** же действуют только на болезнетворные бактерии, и молочнокислые лактобациллы влагалища остаются нетронутыми.





# В поисках идеального баланса

Риски МГТ и её альтернативы



Автор: Ара Леонидович Унанян, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва)

Копирайтинг: Татьяна Рыжова, Елена Матюхина

Современные женщины долго живут в состоянии постменопаузы, поэтому поиск эффективных решений, направленных на **повышение качества жизни** в этом периоде, остаётся чрезвычайно актуальной задачей. Врачи широко используют тактику, претендующую на звание «золотого стандарта», — назначение **менопаузальной гормональной терапии (МГТ)**, однако пациентки «хрустального возраста» часто имеют медицинские противопоказания к ней или же просто опасаются выполнять подобные рекомендации. Есть ли выход? Важно, чтобы акушер-гинеколог имел возможность предложить женщине **альтернативу**, которая могла бы реально изменить ситуацию к лучшему.

Сегодняшняя медицина следует принципам **минимального вмешательства**: на смену «большим операциям» приходят малоинвазивные и органосохраняющие методы, а при назначении лекарств грамотные врачи стараются **избегать полипрагмазии**. Вместе с тем проведение рациональной фармакотерапии в период пери- и постменопаузы представляет собой нетривиальную задачу — большинство женщин имеют к этому моменту **хронические болезни**, которые негативно влияют на качество жизни<sup>1</sup>:

- ожирение;
- метаболический синдром;
- сахарный диабет;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- остеопороз;
- снижение когнитивных функций, депрессивные состояния;
- злокачественные неоплазии.

Врачу нужно уметь с помощью всего нескольких препаратов корректировать различные патологические состояния, которые, как может показаться на пер-

вый взгляд, между собой не связаны. Нужно не забыть об обеспечении **при-  
верженности пациентки** выполнению вра-  
чебных рекомендаций, иначе все усилия  
будут потрачены впустую.

## «Поломки»

### зрелого возраста

Во время **менопаузального перехода** отмечают повышение уровня ФСГ, снижение концентрации антимюллера гормона и ингибина В, уменьшение числа антральных фолликулов. На поздней стадии межменструальный интервал может достигать 60 дней. Все эти признаки позволяют предполагать, что менопауза, вероятнее всего, наступит в ближайшие 2,6–3,3 года.

У женщин старше 45 лет отсутствие менструаций на протяжении года в 90% случаев означает **наступление менопаузы**<sup>2</sup>. Уровень эстрадиола становится существенно меньше; частота ановуляций растёт, сопровождаемая стойким снижением секреции прогестерона. Именно в это время впервые появляются вазомоторные симптомы<sup>3</sup>.

**Раннюю постменопаузу** (первые 5–8 лет после прекращения менструаций) характеризует прогрессирование патофизиологических изменений; выработка ФСГ сохраняется на стабильно высоком уровне наряду с низкими значениями эстрадиола, ингибина В и антимюллера гормона. **Позднюю менопаузу** знаменует усиление урогенитальной атрофии; часто манифестируют соматические заболевания<sup>3</sup>.

Одна из особенностей, сопровождающая процессы старения, — **увеличение массы тела**. Правда, в отношении связи менопаузы с ожирением существуют различные точки зрения: например, есть данные, что у женщин зрелого возраста большую роль в этом плане играет малоподвижный образ жизни. Дефицит эстрогенов также способствует накоплению жировой ткани, но только за счёт **висцерального компонента**<sup>4</sup>, что далеко не всегда «выводит» индекс массы тела за пределы нормальных значений. Результаты исследований на лабораторных животных также показали, что после овариоэктомии у мышей расход энергии стал меньше, и при сохранении калорий-

ности пищевого рациона у них отмечали гипертрофию адипоцитов и жировую трансформацию печени<sup>5</sup>. Таким образом, кажется, что для решения проблемы есть очень простой выход — нужно **правильно питаться и больше двигаться**. Вот только реализовать его на практике бывает отнюдь не просто.

Повышение **риска переломов** при незначительных внешних воздействиях (что также характерно для женщин старшего возраста) напрямую связано с прогрессированием **остеопороза**. Поддержание баланса остеогенеза и костной резорбции — гормонально зависимый процесс<sup>6</sup>: при дефиците эстрогенов происходит нарушение ремоделирования

[ Эффективной профилактикой остеопоротических переломов считают назначение МГТ, но после её прекращения минеральная плотность кости падает. Альтернативных средств с доказанной эффективностью нет. ]

костной ткани. Эффективной стратегией профилактики остеопоротических переломов считают назначение МГТ<sup>7</sup>, однако после её прекращения минеральная плотность кости снова быстро падает<sup>8</sup>. К сожалению, альтернативных средств профилактики остеопороза с доказанной эффективностью нет. Ни один из предлагавшихся вариантов (например, назначение селективного модулятора эстрогеновых рецепторов<sup>9</sup> и препаратов стронция<sup>10</sup>) не оправдал возлагавшихся на него надежд и не получил распространения (в том числе из-за побочных эффектов).

Отметим, что применение **препаратов кальция** для увеличения плотности костной ткани имеет **существенные ограничения**. Рутинный приём этого минерала без дотации витамина D лицами старше 40 лет может спровоцировать возникновение **сердечно-сосудистых заболеваний**, опасность которых у женщин пери- и постменопаузального возраста и без того велика<sup>11</sup>. Это подтверждает метаанализ, в который вошли результаты 11 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (12 тыс. участниц): потребление препаратов кальция в дозировке 500 мг/день и более в течение года без дотации вита-

мина D было ассоциировано с повышением риска инфаркта миокарда на 30%, мозгового инсульта — на 20%, смерти от этих причин — на 18%<sup>11</sup>.

Гипоэстрогенизм неминуемо влечёт атрофические **изменения урогенитального эпителия**, что проявляется нарушением функции нижних отделов половых и мочевыводящих путей, вызывая<sup>12</sup>:

- зуд;
- диспареунию;
- жжение и сухость во влагалище;
- частое или ургентное мочеиспускание;
- различные варианты недержания мочи (включая никтuriю);
- рецидивирующие инфекции.

Отметим, что, помимо рассмотрения конкретного расстройства здоровья, врачу необходимо учитывать **взаимосвязь различных патологических процессов**. Например, венозный тромбоз становится более вероятен как с увеличением возраста<sup>13,14</sup>, так и при ожирении<sup>14</sup>, а эти два фактора в свою очередь коррелируют между собой<sup>15</sup>.

## Когнитивные

### «туманы»

Одна из точек приложения действия гормонов — центральная нервная система, работу которой нарушает возрастной эстрогеновый дефицит; в результате повышается частота **депрессивных состояний** и ухудшаются **когнитивные функции**<sup>16</sup>. Например, по данным систематического обзора и метаанализа (2015), по сравнению с пременопаузальным периодом риск депрессии возрастает в перименопаузе в 1,9 раза, а в постменопаузе — в 4,3 раза<sup>16</sup>.

Исследователи установили, что на фоне **своевременно начатой МГТ** (средний возраст участниц эксперимента составлял 48,7 года) **риск деменции**

снижается на 26%, а вот позднее начало терапии, напротив, повышает его на 48%<sup>17</sup>. Однако в другой работе, в которой сравнивали эффективность комбинации конъюгированных лошадиных эстрогенов и микронизированного прогестерона с плацебо, какого-либо (положительного или отрицательного) влияния МГТ на когнитивные функции обнаружить не удалось<sup>18</sup>.

Получены также данные, что МГТ не улучшает познавательные способности при болезни Альцгеймера, а вероятность деменции при непрерывной комбинированной гормональной терапии, начатой в возрасте 65 лет или старше, даже несколько возрастает<sup>19</sup>. По результатам метаанализа 14 наблюдательных исследований **не получено достоверных данных** об улучшении или ухудшении течения болезни Паркинсона на фоне проведения МГТ<sup>20</sup>.

## В зоне особого внимания

Основная причина смерти и инвалидности женщин в перименопаузе — сердечно-сосудистые заболевания<sup>21</sup>. При этом вероятность **ишемической болезни сердца (ИБС)** в период менопаузального перехода и в постменопаузе существенно возрастает: по данным Американской ассоциации сердца, это заболевание регистрируют у одной из девяти женщин в возрасте до 45 лет и у одной из трёх пациенток старше 65 лет<sup>22</sup>. Это обстоятельство диктует необходимость вторичной профилактики.

Одной из первых грандиозных по масштабам научных работ, целью которой была оценка возможности МГТ предупреждать сердечно-сосудистые события, стал печально известный проект WHI (Women's health initiative)<sup>23</sup>. Исследование было преждевременно прекращено ввиду участвовавших случаев **кардио-сосудистых катастроф** у испы-

**[ Начало МГТ у пациенток старше 60 лет или при постменопаузальном периоде более 10 лет может быть ассоциировано с риском коронарных событий. ]**

туемых. Проанализировав причины, эксперты сошлись во мнении, что столь неудачный финал был предопределён тем, что в проекте были задействованы женщины **старше 70 лет, никогда не применявшие гормональных средств**. Очевидно, что к этому почтенному возрасту у большинства пациенток уже развились хронические сердечно-сосудистые заболевания и атеросклероз.

Тем не менее отдалённые результаты WHI, полученные в группе женщин 50–59 лет (на момент исследования), всё же были опубликованы: спустя 13 лет у получавших МГТ участниц отмечен низкий риск ИБС (ОР 0,59; ДИ 0,38–0,9), инфаркта миокарда (ОР 0,54; ДИ 0,34–0,86) и обнаружена тенденция к уменьшению уровня общей смертности (ОР 0,73; ДИ 0,53–1) по сравнению с группой плацебо.

В мультицентровом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании WISDOM (Women's international study of long-duration oestrogen after menopause)<sup>24</sup> изучали **риск тромбозов** на фоне заместительного гормонального лечения. В работе принимали участие женщины в возрасте 50–69 лет (средний возраст 63 года — слишком поздний для начала гормонального лекарственного воздействия). Пациентки в одной группе получали МГТ (n=2196), в другой — плацебо (n=2189). В группе МГТ зарегистрированы более высокие показатели венозных тромбозов — 22 и три случая, или 85,1 и 11,5 на 10 тыс. женщин-лет соответственно (ОР 7,36; 95% ДИ 2,2–24,6)<sup>24</sup>.

Проект WISDOM был прекращён через 11,9 мес после его начала, однако интересно, что даже за такой **короткий срок МГТ** позволила **снизить частоту рака** молочной железы и других злокачественных новообразований на 12% (ОР 0,88; 95% ДИ 0,49–1,56), цереброваскулярных событий — на 23% (ОР 0,73; 95% ДИ 0,37–1,46), переломов — на 31% (ОР 0,69; 95% ДИ 0,46–1,03). Тем не менее авторы сочли различия статистически недостоверными<sup>24</sup>.

Результаты рандомизированного контролируемого исследования, проведённого в Дании (n=1006), показали, что МГТ, начатая в перименопаузе и в ранней постменопаузе, снижает частоту **сердечно-сосудистых заболеваний** почти на 50%, при этом риск рака молочной железы и других органов не возрастает<sup>25</sup>. Однако начало МГТ у пациенток старше 60 лет или при постменопаузальном периоде более 10 лет может быть ассоциировано с большей опасностью коронарных событий, преимущественно в первые 2 года лечения. Есть некоторые данные, что повлиять на ситуацию можно с помощью сопутствующего назначения статинов. Тем не менее Международное общество по менопаузе **не рекомендует инициировать МГТ у женщин старше 60 лет** исключительно с целью первичной профилактики ИБС<sup>26</sup>. В этом и состоит одно из основных ограничений МГТ: стартовать она должна не позже чем через 10 лет после менопаузы, а если этот интервал завершён, риск от назначения гормональных средств превышает пользу.

Невозможность использовать МГТ в лечении менопаузальных расстройств может быть связана с риском **венозных тромбозов**. Суть в том, что пероральный приём эстрогенов дозозависимо увеличивает выработку тромбина, а также резистентность к активированному протеину С. Трансдермальные формы оказывают менее выраженное действие на гемостаз, — соответственно, **чрескожный путь поступления гормона безопаснее**, чем оральные. Это подтверждают данные метаанализа наблюдательных исследований (2008): у женщин, принимающих оральные эстрогены, вероятность тромбозов была выше в 2,5 раза (ОР 2,5; 95% ДИ 1,9–3,4). Наиболее значимо — в 4 раза — опасность таких осложнений возрастала в **первый год приёма** гормонального средства, а в последующие годы риск был вдвое большим, чем у женщин, никогда не принимавших эстрогены перорально. Авторы подчеркнули, что наиболее часто проблемы возникали у участниц с протромбогенными мутациями или страдающих ожирением<sup>27</sup>. При использовании трансдермального пути введения гормона риск осложнений был ниже (ОР 1,2; 95% ДИ 0,9–1,7). После отмены препаратов уровень опасности был равен популяционному показателю<sup>28</sup>.

Реализация тромбогенного риска при МГТ зависит также от **прогестагенного компонента**. Известно, что препараты, содержащие медроксипрогестерона ацетат, увеличивают вероятность тромбообразования значительно, чем другие прогестины<sup>23,29</sup>. Например, не было выявлено ассоциации между применением микронизированного прогестерона и прегнанов с большей опасностью тромботических осложнений (ОР 0,7 и 0,9 соответственно). Использование норpregнановых производных, напротив, обусловило повышение такого риска почти в 4 раза (ОР 3,9%; 95% ДИ 1,5–10)<sup>28</sup>.

Большие опасения вызывает вероятность развития **острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)**: во многих странах инвалидность и смертность от ОНМК превышает таковые показатели при ИБС<sup>30</sup>. В ходе наблюдения «случай—контроль», вложенного в популяционное исследование, было изучено влияние эстрогенсодержащих средств на реализацию ОНМК.

В когорту вошли 870 286 женщин в возрасте 50–79 лет. За время исследования (с 1987 по 2006 год) цереброваскулярное событие произошло у 15 710 участниц<sup>31</sup>. По данным авторов, приверженность лечению эстрогенсодержащими **трансдермальными** препаратами в дозе **50 мкг и менее** снижает риск ОНМК (ОР 0,81; 95% ДИ 0,62–1,05), а вот превышение дозы 50 мкг при том же пути введения ассоциировано с возрастанием опасности мозгового инсульта (ОР 1,89; 95% ДИ 1,15–3,11). Оральный приём препаратов независимо от дозы был сопряжён с увеличением частоты инсультов на 28% (ОР 1,28; 95% ДИ 1,15–1,42)<sup>31</sup>.

Следует отметить, что авторы работы не предоставили информации о распределении женщин по возрастным подгруппам и по времени начала МГТ, что не позволяет судить о перспективах своевременно начатого гормонального лечения. Клинические рекомендации Международного общества по менопаузе содержат информацию о том, что МГТ дополнительно повышает вероятность инсульта, которая становится **значимой у пациенток старше 60 лет**. В исследовании WHI дополнительный риск составил один-два случая на 10 тыс. женщин-лет. Результаты, по-



© bezikus / Shutterstock.com

[ Большие опасения вызывает повышение риска острых нарушений мозгового кровообращения на фоне приёма МГТ: инвалидность и смертность от мозговых сосудистых катастроф превышает таковые показатели при ИБС. ]

лученные в крупном наблюдательном исследовании здоровья медицинских сестёр (Nurses' health study), показали опасность цереброваскулярных осложнений при МГТ даже у более молодых женщин, хотя при использовании низких доз конъюгированного лошадиного эстрогена (0,3 мг) их не отмечали<sup>26</sup>.

Ещё одна «болевая точка» МГТ — **болезни жёлчного пузыря**. В недавно опубликованном Кокрейновском обзоре (2012) проводили сравнение эффективности гормональной терапии и плацебо при различных путях введения (перо-

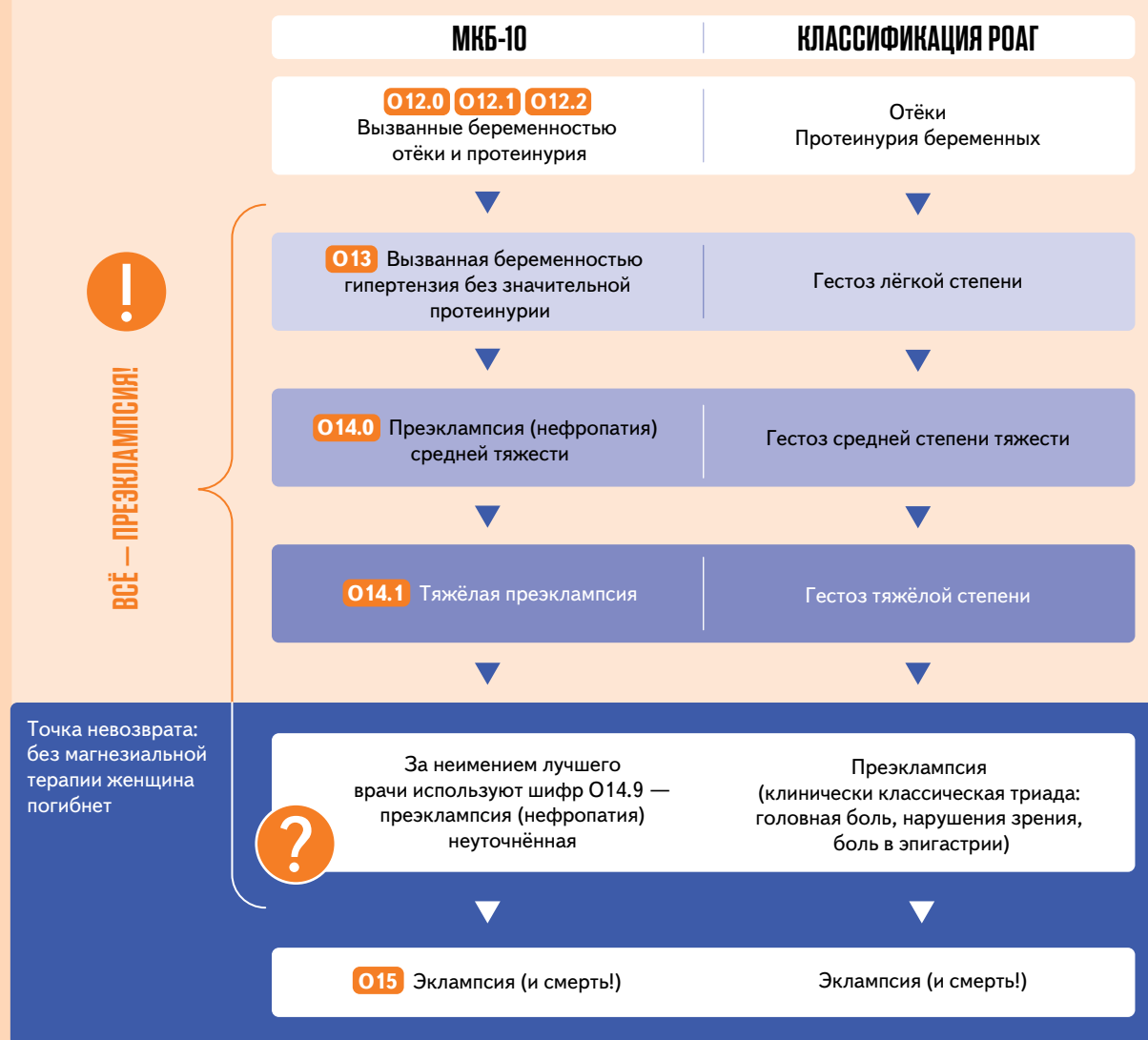
ральный, трансдермальный, подкожный или интраназальный). Применяли только эстрогены и комбинированную терапию с прогестагенами или без них на протяжении 3–7 лет. В масштабный анализ вошло 23 рандомизированных двойных слепых исследования, в которые было включено 42 830 женщин в возрасте от 26 до 91 года. Результаты указали на **увеличение риска желчнокаменной болезни** при монотерапии эстрогенами и при длительной комбинированной терапии в 1,7 раза (с 26 до 45 случаев и с 27 до 47 на 1000 женщин соответственно)<sup>32,33</sup>.

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №2 (38) ф2/2ф17

# ГИПЕРДИАГНОСТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ: ЛУЧШЕ ПЕРЕБДЕТЬ!



## ПРОБЕЛЫ КЛАССИФИКАЦИИ — ПРОБЕЛЫ В НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ



**ВЫВОД:** Отсутствие чётких алгоритмов диагностики переходного состояния от преэклампсии к эклампсии, в том числе **вследствие путаницы в терминологии**, приводит к запаздыванию начала интенсивной терапии и родоразрешения — иногда на стадии **«точки невозврата»**.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ\*

### Критерии умеренной преэклампсии

Артериальная гипертензия (при условии, что АД впервые повысилось в сроке более 20 нед беременности у пациентки с нормальным АД в анамнезе)

**90–109**  
ММ РТ.СТ.

Диастолическое АД

**140–159**  
ММ РТ.СТ.

Систолическое АД

Диагноз «умеренная преэклампсия» устанавливают при наличии двух указанных критериев

Протеинурия

**0,3–4,9**  
Г/Л В СУТКИ

**Sic!** АД необходимо измерять двукратно с перерывом 4–6 ч

### Критерии тяжёлой преэклампсии

Артериальная гипертензия



**110**  
ММ РТ.СТ  
И ВЫШЕ

Диастолическое АД

**160**  
ММ РТ.СТ.  
И ВЫШЕ

Систолическое АД

Диагноз «тяжёлая преэклампсия» устанавливают при наличии хотя бы одного из указанных критериев

Протеинурия

**5 Г/Л**  
В СУТКИ  
И ВЫШЕ  
или более  
3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч

Устойчивые головные боли, рвота или другие церебральные и зрительные нарушения

Нарушения функций почек: олигурия менее 500 мл/сут (менее 30 мл/ч), увеличение концентрации креатинина

Острое повреждение лёгких, острый респираторный дистресс-синдром, отёк лёгких

Отёк диска зрительного нерва

Тромбоцитопения и/или её прогрессирование

Боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота

Нарушение функций печени

Внезапно появившиеся отёки на руках, ногах или лице

Признаки страдания плода (задержка роста, маловодие, отрицательный нестрессовый тест)

HELLP-синдром

**Вывод:** Степень тяжести преэклампсии **определяют комплексно** на основе клинико-лабораторных симптомов, а для диагноза «умеренная преэклампсия» **необходимо исключить** прежде всего признаки тяжёлого течения, то есть надо **изначально предполагать худшее**.

\* Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: Клинические рекомендации (протокол лечения). М.: РОАГ, 2016. С. 17–18.