

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

# Status Praesens

*гинекология акушерства бесплодный брак*

#2 [119] 05 / 2025 / StatusPraesens



тема  
**No**

## Нет здоровых, есть недообследованные?

Главный редактор СП — академик! Поздравляем с заслуженным признанием! • Органосохраняющая терапия гиперплазии и даже рака эндометрия возможна, но есть нюансы • «Репродуктивные причины» остеопороза. Чем может помочь акушер-гинеколог? • «Дорожная карта» пациентки с дисфункцией тазового дна. Следуем по маршруту • Уровень знаний молодежи об интимной гигиене недостаточен. Необходимо незамедлительное вмешательство медицинского сообщества!



## Уважаемые коллеги!

В январе 2025 года по инициативе президента РФ стартовал новый национальный проект — «Семья». Он включает пять федеральных проектов, три из которых — «Охрана материнства и детства», «Многодетная семья», «Поддержка семьи» — непосредственно связаны с **сохранением репродуктивного здоровья**. Для выполнения этой задачи необходима модернизация превентивной медицины, которая позволит на ранних стадиях выявлять заболевания, эффективно их лечить и предотвращать осложнения.

Одно из ключевых направлений нацпроекта — реализация подхода «плюс один ребёнок в каждой семье». Акцент сделан на многодетность, что повлечёт за собой открытие новых женских консультаций **не только в городах, но и в сельской местности**, а также оснащение перинатальных центров, детских больниц и поликлиник современным высокотехнологичным медицинским оборудованием.

Федеральный проект «Старшее поколение», также входящий в состав нацпроекта, нацелен на увеличение продолжительности **здоровой жизни**. Для этого необходимо обеспечить полноценный охват пожилого населения диспансеризацией, организовать консультативную помощь, открыть гериатрические центры и внедрить систему длительного ухода. Ведь именно здоровье составляет основу **активного долголетия**.

Основные цели нацпроекта «Семья» — сохранение населения, укрепление здоровья и забота о семье — могут быть достигнуты только при **всесторонней поддержке** всех трёх поколений. Этому будут способствовать выплаты единого пособия, материнского капитала, оснащение детских садов и совершенствование гериатрической службы. Однако **главным акцентом** должно стать **самосознание** людей, особенно медицинских работников — только их активная позиция способна связать все задачи проекта воедино.

Достижение целей, поставленных перед медицинским сообществом, возможно лишь при постоянном повышении научно-практического потенциала, внедрении в здравоохранение современных медицинских и информационных технологий, а также совершенствовании **мультидисциплинарного, комплексного подхода**. Как говорил китайский мыслитель Сунь-цзы, «стратегия без тактики — самый медленный путь к победе. Тактика без стратегии — просто суета перед поражением».

Засл. врач РФ, докт. мед. наук, доц., директор  
Научно-исследовательского института охраны  
материнства и младенчества **Ю.А. Семёнов**

# Status

гинекология акуш

# 2 [119] 05 / 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

**Ответственный секретарь редакции:** Надежда Михайловна Васильева

**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 Тавдугмадзе

**Арт-директор:** Латип Латипов

**Руководитель группы вёрстки:** Юлия Скуточкина

**Выпускающие редакторы:** Марина Осипова, Александра Лакодина

**Инфографика и дизайн:** Ирина Великанова, Анна Ильина, Татьяна Качалина

**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 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, 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 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 31 мая 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 000 ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №29614. 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 Тавдугмадзе с использованием Midjourney. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

# maesen

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**Раозинский Виктор Евсеевич**

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, 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 (Соленск)  
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)  
Костин Игорь Николаевич (Москва)  
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)  
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)  
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)  
Лебедеенко 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)  
Ордянец 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)  
Сахутдинова 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)  
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)  
Хамошина Марина Борисовна (Москва)  
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)  
Шалина Раиса Ивановна (Москва)  
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

# STATUS Pra

гинекология акушерство беременность

## СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА

### Понимание важно

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Рагзинский о важности доверительных отношений между врачом и пациенткой

Чем больше знаешь о своём теле, тем легче принимать важные решения, которые определяют будущее, в том числе репродуктивное. В этом контексте очень важно, чтобы каждая пациентка чувствовала себя услышанной и понимала, что обращаться к врачу — можно и даже нужно. Осознание этого открывает новый мир, где медицинские кабинеты становятся не территориями страха, а местами благополучия и надежды. Только так мы можем создать общество, в котором здоровье станет главной ценностью.

14

НОВОСТИ

17

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

### Как сговорились!

Диагностика и лечение биоплёночного бактериального вагиноза и коинфекции мужчин

Свидзинский А., Свидзинская С.

В настоящее время всё больше внимания уделяют полимикробным инфекциям, которые ранее оставались в тени мономикробных заболеваний. Определить местоположение и взаимодействие микроорганизмов позволяет инновационный метод РиГинаМ. С его помощью можно окрасить отдельные виды бактерий в разные цвета, используя помеченные красками олигонуклеотиды. Затем под микроскопом легко увидеть, какие виды бактерий положительно влияют на организм, а какие проявляют патогенные свойства.

29

ДИСКУССИОННЫЙ  
КЛУБ

### ...все возрасты покорны

Как вульвовагинальная атрофия касается молодых женщин?

Чернова Н.И., Катаев Н.А.



Не всегда симптомы вульвовагинальной атрофии обусловлены исключительно дефицитом женских половых гормонов. Это — распространённая проблема, с которой сталкиваются многие женщины, даже если они совершенно здоровы. Причины этого состояния нередко кроются в неправильном уходе. Многие пациентки не подозревают, что чрезмерное использование антисептиков, дезинфицирующих средств, талька и антиперспирантов нарушает гидролипидный баланс кожи, повреждает слизистую оболочку и повышает чувствительность тканей к аллергенам и патогенным микроорганизмам.

35

VIA SCIENTIARUM



## Спасая матку

Гиперплазия эндометрия — клинические рекомендации и практика  
Табакман Ю.Ю., Иванов А.Е., Туквадзе Е.Г.

Своевременная и точная диагностика гиперплазии эндометрия — одна из важнейших задач современной гинекологии, но ещё большую значимость имеет правильный выбор метода лечения. «Ответственны» за это в первую очередь не аномальные маточные кровотечения, резко ухудшающие качество жизни пациентки, а дамоклов меч малигнизации. Сегодня в России рак эндометрия занимает второе место среди «женских» онкозаболеваний, опередив цервикальный и уступая только злокачественным поражениям молочной железы. Это — только надводная часть гиперпластического айсберга.

41

BACK-UP

## Мочи нет!

Современные подходы к лечению инфекций мочевых путей  
Дьяконов С.А, Мартынова М.А., Раевская О.А.

Инфекции мочевых путей — довольно коварные патологические состояния. Появившись в жизни женщины лишь раз, впоследствии они могут остаться с ней надолго, рецидивируя с поразительной частотой. Аптечный рынок предлагает широкий выбор медикаментов для борьбы с подобными заболеваниями. Согласно клиническим рекомендациям, в качестве лекарственных препаратов первой линии выступают рационально подобранные антибактериальные средства. Однако в реальности многие из них оказываются неэффективными, в частности из-за растущей антибиотикорезистентности.

47

CONTRA-VERSION



## Продуманность выбора

Беременность и ВИЧ: мировые тенденции и опыт регионального перинатального центра  
Захарова А.В., Ковалев В.В., Осипчук Д.О.

Среди глобальных угроз человечеству одно из первых мест занимает принявшее характер пандемии распространение ВИЧ. Инфекция ассоциирована с преждевременной смертью, снижением фертильности, появлением на свет маложизнеспособных детей. Неуклонный рост количества ВИЧ-положительных женщин при отсутствии перспективы излечения привёл мировое научное сообщество к необходимости анализа тактики ведения беременности, сроков и способов родоразрешения, особенностей антиретровирусной терапии, возможных методов индукции родов у этих пациенток.

# status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

## 55 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

### Как извлечь выгоду из каждого урока

Уровень знаний молодежи об интимной гигиене (часть 1)

Хрянин А.А.

Особую значимость в современном здравоохранении приобретает исследование уровня знаний молодого поколения о правилах интимной гигиены. Это обусловлено её прямым влиянием на ключевые аспекты здоровья: репродуктивную функцию, общее качество жизни и профилактику инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы. Молодёжь занимает особое положение в группе риска, поскольку именно в этот жизненный период происходит начало половой жизни, а также формирование основополагающих привычек и принципов ответственного отношения к своему телу.

## 61 ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ



### Помочь другим. Подумать о себе

Остеопороз: клиническая проблема репродуктивного возраста

Лесняк О.М.

Суточные колебания в количестве клеток костной ткани и нокаут гена циркадных ритмов имеют серьёзные последствия для здоровья опорно-двигательного аппарата. На первый взгляд эта новость может показаться акушеру-гинекологу не имеющей ничего общего с его специализацией. А ведь, рассмотрев проблему глубже, становится понятно, что в эпицентре — мы все: работая посменно, далеко за полночь засиживаясь за чтением профессиональной литературы или просмотром фильмов. Причин у нас и наших пациенток оказаться в зоне риска остеопороза — предостаточно.

## 69 CASUISTICA

### Маленькими шагами к большой цели

Дисфункция тазового дна: работа над ошибками и «дорожная карта» как план эффективного лечения

Климова О.И., Корицова Т.В., Конторина Н.И.

Практически каждая вторая-третья женщина на протяжении значительного периода своей жизни вынуждена уживаться с проявлениями дисфункции тазового дна. Однако далеко не каждая приходит с такими неловкими жалобами к специалисту. Даже если пациентка обратилась за медицинской помощью, желаемого результата она может не получить. Такому исходу способствуют завышенные показания к оперативному лечению, ассоциированная с ним высокая частота осложнений (около 30%), а также необходимость в повторной хирургической коррекции (в среднем у 10%).

## 76 ЛИТЕРАТУРА

# ПОНИМАНИЕ ВАЖНО

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Рагзинский  
о важности доверительных отношений между врачом и пациенткой



Главный редактор, акад. РАН, проф.  
Виктор Рагзинский

В мире отсутствует абсолютное здоровье, существует лишь **неоднородность диагностики**. Недостаточный уровень обследований оставляет множество людей вне поля зрения медицинского сообщества, а значит, они **лишены возможности защитить себя** от потенциальных угроз, обычно поджидающих где-то в тени.

«Нет здоровых, есть недообследованные» — не просто шутка. Это призыв к действию! Необходимо объединить усилия и стремиться к тому, чтобы **каждый человек был в центре внимания**. Только так мы сможем создать условия для здорового сообщества.

**М**ы можем бесконечно долго обсуждать важность профилактических осмотров и диспансеризации, но без **налаживания живого общения** с нашими пациентками, без **искреннего интереса к их переживаниям** все эти разговоры не имеют никакого смысла.

Женщины должны иметь **возможность открыто говорить** о своих переживаниях, делиться сомнениями и радостями. Умение выражать эмоции и **обсуждать собственные ощущения** похоже на строительство мостов, по которым можно постепенно, шаг за шагом, продвигаться к желаемой цели, а именно — к здоровью. **Информированность** играет важную роль в этом процессе. Чем больше знаешь о своём теле, тем легче принимать важные решения, которые определяют будущее, в том числе репродуктивное.

Очень важно, чтобы каждая пациентка чувствовала себя услышанной и понимала, что **обращаться к врачу — можно и даже нужно**. Осознание этого открывает новый мир, где медицинские кабинеты становятся не территориями страха, а местами благополучия и надежды. Только так мы можем создать общество, в котором здоровье станет главной ценностью.



Одним из наиболее ярких примеров недостаточного охвата населения акушерско-гинекологической помощью выступает проблема **вульвовагинальной атрофии (ВВА)**. К сожалению, статистика свидетельствует о том, что до **70%** женщин в начальной стадии заболевания не обращаются за медицинской помощью. Многие **стесняются обсуждать** такие личные темы и избегают визитов к специалисту. Предвзятости и предрассудки создают барьеры, которые мешают пациенткам получать необходимую помощь.

[ Женщины должны иметь возможность открыто говорить о своих переживаниях и научиться рассказывать о своих ощущениях, словно выстраивать мосты, по которым шаг за шагом можно двигаться к здоровью. ]

Интересно, что многие специалисты воспринимают ВВА как удел женщин в возрасте. Однако не так уж редко с ней сталкивается и **молодое поколение**. Дело в том, что ВВА не всегда связана со снижением уровня гормонов. Довольно часто причина **кроется в привычках по уходу за собой**. Неправильное и чрезмерное использование антисептиков, дезинфицирующих средств и других косметических товаров может нанести ощутимый вред.

Кроме того, не стоит забывать и о различных **дерматологических заболеваниях**, усугубляющих состояние. Лихеноидные дерматозы могут **провоцировать дополнительные раздражения** и воспалительные процессы, которые негативно влияют на общую ситуацию. В современных условиях понимание клинических проявлений ВВА и взаимосвязи между **гинекологическими и дерматологическими аспектами** здоровья становится всё более актуальным.

[ ВИЧ — не приговор, а вызов, требующий новых подходов и открытости к обсуждениям. В этом сложном путешествии здоровье матери и безопасность ребёнка должны находиться в центре нашего внимания. ]

Чтобы решить эту сложную задачу, необходимо **создать доверительную обстановку**, в которой пациентки могли бы открыто обсуждать свои переживания. Такой подход не только улучшит качество их жизни, но и **поможет развеять некоторые стереотипы**.



**Междисциплинарный подход** в медицине особенно важен. Часто, казалось бы, разные области знаний и практики пересекаются в сфере женского здоровья. Например, ещё одна тема, которая требует совместной работы специалистов разных профилей, — **инфекции мочевых путей**.

Основные виновники — бактерии. И, хотя аптечный рынок предлагает множество средств для их устранения, **реальность часто оказывается другой**. Даже рекомендации клинических руководств, которые указывают на не-

обходимость использования антибактериальных препаратов первой линии, не всегда эффективны. **Растущая антибиотикорезистентность** делает борьбу с каждой инфекцией настоящим испытанием, требующим времени и усилий.

Запущенные ситуации могут обернуться негативными последствиями **для будущих матерей** и их **потомства**. Несвоевременное обращение в медицинское учреждение или отсутствие должного контроля **могут спровоцировать грозные осложнения**: артериальную гипертензию, почечную недостаточность, преэклампсию, а также недоношенность и гипотрофию плода.

Важно помнить, что только **адекватное назначение антибактериальных препаратов** и строгое следование рекомендациям помогут сохранить их эффективность на долгий срок. Объединение знаний разных специализаций может стать нашим шансом на успешное преодоление множества трудностей. **Откры-**

**тый диалог и обучение** необходимы для формирования доверия между женщинами и медицинским сообществом. Мы должны сотрудничать для достижения общей цели — **улучшения здоровья наших пациенток** и повышения их качества жизни.



Беременность — уникальное, волнующее состояние, наполненное ожиданием и надеждами. Однако, когда речь идёт о **женщинах с ВИЧ**, картина становится гораздо более сложной и многогранной. Необходимость осознания всех аспектов этого важного периода жизни не оставляет никаких сомнений.

В наше время ВИЧ и ассоциированные с ним нарушения не собираются уходить **из повестки дня**. Подбор антиретровирусной терапии, мониторинг состояния здоровья будущих матерей — это лишь часть длинного пути, который

**необходимо пройти вместе с пациенткой**. Особого внимания также требует **подготовка к родам**. Для женщин с ВИЧ важно выбрать оптимальный способ родоразрешения, чтобы **минимизировать риски** для их здоровья и будущего потомства. Это задача, которая требует времени и внимательности, но при правильном подходе **результаты могут быть поистине вдохновляющими**.

Каждая женщина, которая продолжает верить в свою мечту о материнстве, должна знать, что отсутствие излечения не означает отсутствие надежды. **ВИЧ — не приговор**, а вызов, требующий новых подходов и открытости к обсуждениям. В этом сложном путешествии **здоровье матери и безопасность новорождённого** должны находиться в центре нашего внимания.

С каждым успешным случаем, с каждым здоровым ребёнком, приходящим в этот мир, появляется **новая жизнь и надежда**. И хотя проблемы, связанные с ВИЧ и беременностью, остаются актуальными, прогресс в этой области **внушает оптимизм**. Мы, врачи, обязаны продолжать учиться и обмениваться опытом, чтобы каждая женщина независимо от её состояния могла испытать радость материнства в полной мере.



За последние десятилетия **наука о микроорганизмах** продвинулась вперёд. Сегодня всё больше внимания уделяют **полимикробным инфекциям**, которые ранее оставались в тени мономикробных заболеваний, то есть вызванных одним патогеном.

С помощью **флуоресцентной гибридизации in situ** стало возможным визуализировать отдельные виды бактерий в естественных условиях. Кроме того, исследования показали, что микроорганизмы, участвующие в таких заболеваниях, как тонзиллит, аппендицит, колит и вагинальные инфекции, взаимодействуют между собой, образуя **структурно организованные консорциумы**. Этот факт изменил наше представление о причинах инфекционного процесса. Бактерии не смешиваются случайным образом. Напротив, каждый компонент имеет свою конкретную роль в этом процессе.

Определить местоположение и взаимодействие микроорганизмов позволяет

инновационный метод **рибосомальной гибридации на месте (РиГинаМ)**. С его помощью можно **окрасить отдельные виды бактерий** в разные цвета, используя помеченные красками олигонуклеотиды. Затем **под микроскопом** легко увидеть, какие виды бактерий положительно влияют на организм, а какие проявляют патогенные свойства.

Помимо этого РиГинаМ позволяет **протестировать резистентность** полимикробных сообществ индивидуально для каждого микроорганизма, не разрывая его связей с сообществами, в которых он рос. Тестирование происходит хоть и *in vitro*, но в полном соответствии с индивидуальными процессами *in vivo*. В заключение можно определить влияние антибактериальных препаратов на отдельные виды бактерий и их структуру, а также выбрать **наиболее эффективные**.

**Современные достижения** в области молекулярной генетики открывают перед нами новые горизонты понимания инфекционных процессов. Одна из задач учёных — **изучение многогранной реальности**, чтобы разработать эффективные терапевтические стратегии и улучшить качество жизни пациентов. Важно объединить усилия исследователей, врачей и специалистов здравоохранения, чтобы глубже понять природу инфекций и найти **более эффективные способы** их лечения и профилактики в будущем.



Опросы показывают, что 32–46% женщин сталкиваются с **дисфункцией тазового дна (ДТД)**. Это не просто медицинский термин, а реальность, которая **затрагивает качество жизни** многих людей. ДТД может проявляться в разных формах, включая недержание мочи, дисфункцию кишечника и выпадение тазовых органов. Женщины теряют уверенность в себе и часто переживают по поводу своей сексуальности.

Современная медицина предлагает множество вариантов, чтобы смягчить функциональные и эстетические нарушения аногенитальной области. Главное — **уверенное использование всего доступного арсенала** методов лечения и своевременная диагностика. **Нарушения не исчезают сами собой**, и чем раньше мы начнём работать, тем меньше шансов на их усугубление.



© mebanworks / Konkreteur/Stock

**[ Современные достижения в области молекулярной генетики трансформируют наше представление об инфекционных процессах и открывают новые возможности для их лечения и профилактики в будущем. ]**

В борьбе с ДТД часто возможно придерживаться **концепции «маленьких шагов на пути к цели»**. Это означает, что даже небольшие изменения и последовательные усилия могут привести к ощутимым результатам. **Начав с аккуратной диагностики** и шаг за шагом продвигаясь к лечению, мы можем помочь пациентке вновь обрести уверенность в себе и вернуть комфорт в её жизнь.

Мы должны стать частью изменений, которые помогут женщинам почувствовать себя сексуально привлекательными и уверенными. **Важно не оставлять без внимания** эти трудности и искать пути их решения — **так формируется здоровое общество**.



**Остеопороз**, известный как «серебряные цунами» XXI века, — одно из значимых и порой недооценённых нарушений у женщин старшей возрастной группы,

когда они становятся в прямом смысле слова хрупкими. В России при денситометрии это патологическое состояние выявляют примерно **у трети пациенток в возрасте 50 лет и старше**. Дальше — больше: у 25% женщин после 60 лет при обследовании обнаруживают компрессионные переломы позвонков (часто практически бессимптомные), а после 70 лет наиболее уязвимы трубчатые кости — высок риск переломов шейки бедра.

Постменопаузальный остеопороз — **гипоэстрогенное осложнение**, и много известно о благоприятном влиянии менопаузальной гормональной терапии (МГТ) на улучшение состояния опорно-двигательного аппарата и минеральной плотности костной ткани. Своевременное назначение гормональных препаратов, а именно **в течение 10 лет после менопаузы**, способствует значимому снижению вероятности остеопороза и переломов. Упустим момент — и терапевтическое окно возможностей МГТ закрывается.

Впрочем, остеопороз встречается не только у возрастных пациенток, но и у молодых женщин, включая подростков. В числе причин — генетика, сопутствующие заболевания (синдром Кушинга, системная красная волчанка, муковисцидоз, ВИЧ-инфекция), нездоровый образ жизни, дефицит витамина D. Известны также случаи **остеопороза, связанного с беременностью и лактацией**, для которого характерны переломы через 2–3 мес после родов.

Ещё один ведущий риск-фактор остеопороза у молодых женщин — **нервная анорексия**, весьма распространённое сегодня расстройство. Пациентка ограничивает себя в еде и даже голодает, и вследствие уменьшения калорий и питательных веществ страдает костная ткань и возникают гормональные изменения, вплоть до аменореи, остеопороза и нарушений работы щитовидной железы. Почему это важно учитывать акушеру-гинекологу? Да, мы не занимаемся лечением остеопороза (это прерогатива эндокринологов), но должны **проявить настороженность**, внимательно отнестись к пациентке, задать ей наводящие вопросы, чтобы более точно определить вектор врачебных назначений и рекомендаций.



Ещё одной бедой, объединяющей различные состояния, выступает **гиперплазия эндометрия**. Для женщин, попадающих в эту категорию, **диагноз подобен тени** — он витает над ними, вызывая беспокойство и неопределённость. Помимо этого **сложность классификации** порождает разногласия среди научного сообщества, вызывая настоящую головную боль у врачей.

В этом контексте **цитологическое исследование** помогает разобраться в ситуации, хотя и ставит перед нами **новые вопросы**. Результаты иногда кажутся противоречивыми, нарушая привычные представления о гормональных связях

[ **Остеопороз, «серебряное цунами» XXI века, — одно из значимых и порой недооценённых нарушений у пациенток старшей возрастной группы, когда они становятся в прямом смысле слова хрупкими.** ]

и механизмах, которые, казалось бы, должны быть очевидны.

Когда на этом пересечении знаний мы сталкиваемся с гиперплазией без атипии, словно **попадаем в лабиринт**. Врач назначает гормональную терапию, которая, несомненно, имеет своё значение. Но вот наступает момент, когда приходят результаты контрольных исследований эндометрия — даже при первичном полном ответе **до 40% пациенток имеют рецидивы**, причём независимо от метода прогестинотерапии. Однако у большинства пациенток рецидива не происходит. **Возникает вопрос: что сыграло решающую роль** — короткий курс гормональной терапии или полное удаление патологических изменений при внутриматочном вмешательстве? Однозначного ответа нет.

Я искренне надеюсь, что будущее принесёт нам больше ясности в этой области и мы сможем предложить нашим пациентам **действенные и безопасные методы диагностики и лечения**. Женское здоровье — **не просто медицинский вопрос**, это вопрос качества жизни, и каждая женщина заслуживает лучшего.



В то время как врачи концентрируются на поисках новых лекарств и методов лечения, изучая, какое средство окажется более эффективным, мы часто забываем о **простых, но не менее важных вещах**. Личная гигиена и безопасный секс — эти аспекты часто остаются на заднем плане, что приводит к росту инфекционных заболеваний и ухудшению репродуктивного потенциала.

Результаты опросов показывают, что **молодёжь далеко не всегда осознаёт**

важность получения знаний о том, как заботиться о своём теле. К сожалению, многие молодые люди **недооценивают последствия**, которые могут возникнуть в случае недостаточной осведомлённости в этой области. В частности, отсутствие информации, понимания и применения её **может привести к серьёзным последствиям**, включая ИППП и воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.

Ошибки в уходе за аногенитальной зоной происходят по разным причинам. Это может быть пресловутая **нехватка информации**, а также отсутствие диалога в семьях или даже стыд обсуждать некоторые темы. Пробелы в образовании создают угрозу для здоровья подрастающего поколения, требуя **пристального внимания со стороны медиков** и образовательных учреждений.

Убеждён, что **основа успешной профилактики — просвещение**. Только через знания и открытый диалог можно создать здоровое общество, где каждый человек способен бережно относиться к своему телу и, как следствие, к своему будущему. Это **ключ к благополучию** не только отдельной личности, но и всего населения в целом.



Недостаточное просвещение обуславливает **неудачи** борьбы с неинфекционными пандемиями XXI века. На сегодняшний день здравоохранение всего мира не в состоянии преодолеть две главные — **ожирение и анемию**. Эти факты подтверждает статистика: 62,3% женщин страдают от избыточного веса, а 33% сталкиваются с железодефицитными состояниями вне беременности (во время гестации этот показатель возрастает, превышая в некоторых регионах 40%!).

Подробности — в следующих выпусках. **SP**

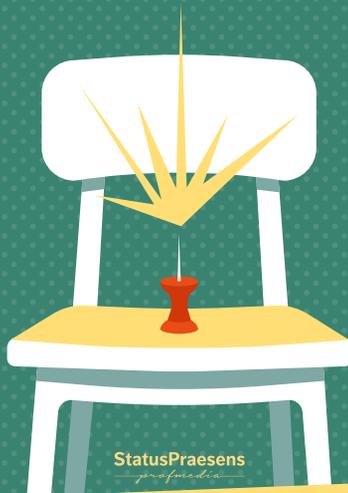
[ **Личная гигиена, безопасный секс и базовые знания о здоровье — эти аспекты часто остаются на заднем плане, что приводит к росту инфекционных заболеваний и ухудшению репродуктивного потенциала.** ]

2600  
руб \*

В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.Н. Костин

# Эрратология

Диссертация по клинической  
медицине



**БЕЗ ОШИБОК — К ИСТИНЕ!**

Рекомендации и наработки эрратологии позволят  
избежать оплошностей и сэкономить время  
на пути к **УСПЕШНОЙ ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИИ.**

По вопросам приобретения:  
+7 (901) 723 2273 (WhatsApp)

\* Стоимость при самовывозе из редакции.



praesens.ru

# Status Praesens

Для библиографических ссылок  
• Табакман Ю.Ю., Иванов А.Е.,  
Туквадзе Е.Г. Гиперплазия эндометрия —  
клинические рекомендации и практика //  
StatusPraesens. Гинекология, акушерство,  
бесплодный брак. — 2025. —  
№2 (119). — С. 35–39.

**via  
scien  
tia  
rum**

# спасая матку

Гиперплазия эндометрия — клинические рекомендации и практика



**Авторы:** Юрий Юрьевич Табакман, засл. врач РФ, докт. мед. наук, зав. лабораторией радиоизотопной диагностики Онкологического центра №1 ГКБ им. С.С. Юдина; Александр Евгеньевич Иванов, канд. мед. наук, зав. отделением диагностики и лечения патологии молочной железы и репродуктивной системы того же центра; Екатерина Георгиевна Цуквадзе, канд. мед. наук, зав. отделением диагностики и лечения патологии молочной железы и репродуктивной системы МГОБ №62 (Москва)

Своевременная и **точная диагностика** гиперплазии эндометрия (ГЭ) — одна из важнейших задач современной гинекологии, но ещё большую значимость имеет правильный **выбор метода лечения** ГЭ. «Ответственны» за это в первую очередь не аномальные маточные кровотечения (АМК), резко ухудшающие качество жизни пациентки, а дамклов меч малигнизации.

Сегодня в России рак эндометрия занимает **второе место** среди «женских» онкозаболеваний, опередив цервикальный и уступая только злокачественным поражениям молочной железы<sup>1</sup>. Это — надводная часть гиперпластического айсберга, отражающая рост заболеваемости, при котором молодых пациенток с ГЭ всё больше. Следовательно, выбор метода лечения всё чаще осложнён желанием женщин сохранить свой репродуктивный потенциал.

Гормональная терапия ГЭ с использованием прогестинов высокоэффективна, но цена неудачи, измеряемая частотой **резистентности и рецидивов**, весьма велика. Худший вариант — наличие не выявленного вовремя **сопутствующего рака эндометрия (РЭ)**. Что же нужно учесть акушеру-гинекологу при диагностическом поиске?

## Диагностический диссонанс

ГЭ выявляют, как правило, при обследовании по поводу АМК. Для пациенток репродуктивного возраста рекомендован комплекс диагностических мероприятий в рамках разработанной экспертами FIGO в 2011 году удобной этиологической классификации АМК с мнемоническим названием **PALM-COEIN** (от англ. palm — «ладонь» и coin — «монета»)<sup>2</sup>. Сейчас актуальна её незначительно пе-

реработанная и уточнённая в 2018 году версия<sup>3</sup>. Выполнять диагностический поиск у **девушек-подростков** и женщин в **пери- и постменопаузе** по классификации PALM-COEIN в рамках рутинной работы **нежелательно**.

Итак, у пациентки выявлена **категория M** (Malignancy/hyperplasia; злокачественный процесс или гиперплазия) по PALM-COEIN. Получив материал из полости матки для гистологического исследования, специалисты оказываются на «полосе гистологических препятствий».

Классификация ГЭ исторически служит одной из самых сложных проблем медицинской номенклатуры. Несовпадение используемых систем оценки нарушений слизистой оболочки полости матки сопровождалось низкой воспроизводимостью гистологических заключений. **Несогласованность заключений** по субъективным причинам, когда по одному и тому же образцу эндометриальной ткани разными специалистами

оформлены несовпадающие заключения (interobserver disagreement), — более того, при повторном просмотре гистопрепарата теми же патоморфологами (intraobserver disagreement)! — суммарно **составляет от 30 до 60%**<sup>4,5</sup>.

Диагностические ошибки при ГЭ зависят от множества причин. Во-первых, механические повреждения в процессе кюретажа или аспирационной биопсии могут привести к **фрагментации желёз**, а геморрагия — к **коллапсу стромы**, что нарушает пространственное соотношение между тканями эндометрия. В результате железы могут выглядеть скудными, неправильной формы. При диагностическом выскабливании по поводу АМК у значительного числа больных установление гистологического диагноза невозможно из-за выраженного распада ткани<sup>6</sup>.

Второе диагностическое препятствие — **артефакты гистологических препаратов**, возникающие в процессе биопсии, фиксации и приготовления материала.

Они вполне способны повлиять на выводы специалистов. В-третьих, сама **выраженная вариабельность** доброкачественных и злокачественных изменений эндометрия препятствует единству взглядов экспертов.

В 2014 году ВОЗ облегчила работу специалистов, разрубив гордиев узел классификаций ГЭ<sup>7</sup>. **Упрощённая классификация ГЭ**, использованная и в российских клинических рекомендациях 2021 года<sup>8</sup>, объединила всё бывшее многообразие морфологических изменений в две категории. Простая и сложная ГЭ, кистозная атрофия эндометрия, пролиферативный эндометрий с нарушениями (disordered proliferative endometrium) — все они вошли в категорию «ГЭ без атипии»<sup>9</sup>. Для второй категории — «атипическая ГЭ» (АГЭ) — синонимом фактически служит термин «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия» (ЭИН)<sup>10</sup>.

**[ Упрощённая классификация гиперплазии, использованная и в российских клинических рекомендациях 2021 года, предусматривает два этиопатогенетических варианта заболевания — ГЭ без атипии и атипическую ГЭ. ]**

Впрочем, как рассечение гордиева узла вовсе не означало решения всех многочисленных трудностей Александра Македонского, так и новая классификация не обеспечила преодоления всех диагностических сомнений и проблем. И главная из них — сопутствующие ГЭ **злокачественные новообразования**.

## Злокачественная угроза

Вышеперечисленные трудности диагностики ГЭ препятствуют не только точной классификации патологического состояния, но и выявлению **сопутствующей карциномы**. Нередко о последней узнают только по итогам патоморфологического исследования матки после гистерэктомии.

В образцах тканей матки после гистерэктомии по поводу АГЭ нередко выявляют сопутствующую карциному.

Так, по данным систематического обзора и метаанализа (2016), при экстирпации матки через 3–12 мес после диагностики АГЭ выявляли рак эндометрия — доля «раков-находок» варьировала от 6% (при гистероскопической резекции) до 45% (при биопсии под контролем гистероскопии)<sup>11</sup>.

Необходимо подчеркнуть, что диагностическое выскабливание стенок полости матки также не способствует полноценному обеспечению онкобезопасности<sup>12</sup>. Именно поэтому необходимы дальнейшие исследования, позволяющие **оптимизировать диагностику АГЭ** и подтвердить эффективность использования гистероскопической резекции, — это особенно важно для «кандидаток» на **органосохраняющее лечение**<sup>13</sup>.

К сожалению, попытка **стратифицировать риск** карциномы, сопутствующей АГЭ, на основании таких прогности-

ческих факторов, как возраст и индекс массы тела (ИМТ) пациентки, а также наличие синдрома Линча, сахарного диабета или рака молочной железы в анамнезе, **не увенчалась успехом**<sup>14</sup>.

Новая классификация ГЭ также не учитывает такой параметр, как **сложность железистой архитектуры**. Последняя увеличивает риск рака при ГЭ даже при **отсутствии** явной цитологической атипии<sup>15</sup>.

## Вооружённый взгляд на эндометрий

Даже в отсутствие АМК на ГЭ или РЭ могут указывать **результаты УЗИ органов малого таза**. В репродуктивном возрасте увеличение толщины более 7–8 мм на 5–7-й дни цикла при неоднородной структуре с экзогенными включениями позволяет заподозрить ГЭ. Тем не менее актуальные российские клинические

рекомендации подчёркивают — чётких эхографических признаков ГЭ в репродуктивном возрасте нет, и диагностическая значимость УЗИ у женщин данной возрастной группы ограничена.

В **постменопаузе** утолщение эндометрия всегда вызывает особую настороженность клиницистов. Вероятность РЭ при АМК и М-эхо свыше 5 мм составляет 7,3%. С другой стороны, если толщина эндометрия при АМК у женщин в постменопаузе не превышает 5 мм, то риск РЭ весьма низок — он составляет приблизительно 0,07%<sup>16</sup>.

При подозрении на ГЭ по данным УЗИ органов малого таза клинические рекомендации предписывают патологоанатомическое исследование **биопсийного (операционного) материала** эндометрия, полученного путём биопсии слизистой оболочки или диагностического выскабливания полости матки — по возможности под контролем гистероскопии.

ГЭ без атипии присуща морфологическая картина **пролиферации эндометриальных желёз**. Точное соотношение желёз и стромы, необходимое для диагностики ГЭ, — предмет споров. Многие эксперты используют в качестве порога соотношение 2:1, но в некоторых системах вклад желёз, превышающий 55%, что соответствует соотношению чуть **выше 1:1**, считают достаточным для диагностики ГЭ<sup>9,17</sup>.

На гистологических препаратах при ГЭ, как и в норме, в железах могут обнаруживаться рассеянные митозы и увеличенные ядра, но выраженные ядрышки должны отсутствовать. Принципиально важно, чтобы внешний вид клеток был **достаточно однородным** по всей — или большей части — площади пролиферирующего эндометрия.

АГЭ имеет много общего с РЭ на молекулярном уровне. Риск сопутствующего РЭ у пациенток с АГЭ целесообразно принимать за 40–60%<sup>8</sup>. Более того, без лечения многие предраковые поражения эндометрия, классифицируемые как АГЭ или ЭИН, прогрессируют до инвазивной карциномы в течение нескольких лет. При терапии гестагенами риск РЭ падает примерно в 3–5 раз, но он всё равно достигает 15–28%. Эти цифры могут в значительной степени зависеть от полноты удаления патологических очагов при биопсии.

## Цитология на особом положении

Интересным продвижением, обеспечившим накопление новых данных о состоянии эндометрия, стало **цитологическое исследование** аспирата из полости матки. Многие его результаты оказались непросто объяснить с позиции известных представлений о патогенезе ГЭ. Однако между цитологической картиной и гистологическими изменениями эндометрия, а тем более эндокринным статусом организма, во многих случаях нет не только чёткой корреляции, но имеет место **прямое расхождение**.

Так, по многолетним наблюдениям, при аспирационном цитологическом исследовании эндометрия у женщин с АМК в постменопаузе нередко определяют выраженную пролиферацию железистого эпителия, и заключение «картина гиперпластического процесса» при этом вполне оправдано. В то же время при гистологическом исследовании фиксируют **атрофию эндометрия**. Попытка объяснить такое расхождение ошибочным результатом цитологического исследования некорректна и влечёт за собой **недооценку** полученных данных. Сочетание цитологических признаков пролиферации слизистой оболочки с гистологически доказанной железистой гиперплазией возможно объяснить гиперэстрогенией, в то время как при атрофичном эндометрии такое объяснение неочевидно и даже скорее ошибочно.

Значение **цитологического исследования** эндометрия однозначно **недооценено**. Учитывая высокую чувствительность метода в отношении малигнизации, врач получает возможность существенно сократить применение более обременительных подходов, если данные цитологического исследования позволяют исключить озлокачествление. Это уменьшает финансовые затраты, моральную и физическую нагрузку для пациентов при консервативном ведении ГЭ.

В то же время немногочисленные публикации свидетельствуют о высокой эффективности цитологических исследований и перспективности для практического применения<sup>18,19</sup>. Эндометриальный **цитологический скрининг** весьма успешно **используют в Японии**<sup>20</sup>. Исследования уже выполнены и в Рос-

[ В постменопаузе, сопровождаемой АМК, при М-эхо свыше 5 мм вероятность РЭ составляет 7,3%. При отсутствии вагинальных кровотечений риск РЭ возрастает до 6,7% при М-эхо свыше 11 мм. ]



© mevents / Контекст/Stock

сии\*. Несомненный интерес для клиницистов будут представлять результаты будущего Кокрейновского обзора, посвящённого сравнению эффективности цитологического и гистологического методов в диагностике РЭ, — работа над ним идёт с 2021 года<sup>21</sup>.

## Ожидания и действительность

Если при гистологическом исследовании материала соскоба из полости матки или аспирационной биопсии обнаружена ГЭ без атипии, дальнейшее ведение пациентки предусматривает гормональную терапию — **локальное воздействие** левоноргестрела в форме содержащей его

внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС) или использование иных гестагенов в непрерывном или циклическом режиме<sup>8</sup>.

Тем не менее контрольные исследования эндометрия непосредственно после курса гормональной терапии и при дальнейшем наблюдении показывают, что даже при наличии первичного полного ответа на терапию у многих больных — вплоть до более чем 40%! — **возникают рецидивы** независимо от метода прогестинотерапии. При этом основной риск отмечают в первые 6 мес после окончания лечения<sup>22</sup>.

\* Табакман Ю.Ю., Иванов А.Е., Солопова А.Г., Туквадзе Е.Г. Рак эндометрия — новая мировая проблема. Стратегия диагностики // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2020. №6 (73). С. 81–85.

Но у остальных 60–70% рецидива не происходит! Логичен вопрос: что сыграло решающую роль — 3–6-месячный курс гормональной терапии или полное удаление патологических изменений при внутриматочном вмешательстве, когда прогестины были назначены при фактически отсутствующей гиперплазии? Однозначного убедительного ответа нет.

Гиперпластические изменения, возникающие после отмены гестагенотерапии, могут сопровождаться развитием не только доброкачественных процессов, но и предраковых состояний (ЭИН). У женщин в постменопаузе чаще всего развиваются АГЭ, полип эндометрия на фоне в целом атрофичного эндометрия или кистозная атрофия. Поэтому, назначая пациентке гормональную терапию, не следует ориентировать её ожидания на полное «искоренение» ГЭ. Напротив, стоит предупредить о возможности рецидива заболевания, что требует постоянного контроля состояния эндометрия<sup>8</sup>. Особое внимание необходимо, если у женщины имеют место даже кратковременные и скудные кровянистые выделения.

При АГЭ рекомендована гистерэктомия, по возможности лапароскопическим доступом — российский профильный гайдлайн считает этот подход необходимым вследствие высокой вероятности сопутствующего РЭ. Прибегнуть к консервативной терапии возможно лишь у планирующих беременность женщин после заключения врачебной комиссии. Введение ЛНГ-ВМС или назначение иных гестагенов в непрерывном режиме с обязательным патологоанатомическим исследованием биопсийного материала эндометрия каждые 3 мес позволяет в большинстве случаев добиться регрессии АГЭ, однако риск сопутствующего РЭ и рецидива заболевания в течение 24 мес весьма высок<sup>8</sup>. Исследователи также рассматривают целесообразность добавления к прогестинотерапии метформина в целях повышения фертильности<sup>23</sup>.

Необходимо оговорить, что российские клинические рекомендации «Рак тела матки и саркомы матки» (2024) допускают органосохраняющий подход — но только при высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциноме IA стадии без инвазии в миометрий

у пациенток репродуктивного возраста с нереализованной репродуктивной функцией<sup>24</sup>. Консервативное лечение — использование ЛНГ-ВМС и агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона — выполняют в учреждениях, которые имеют опыт лечения таких пациенток. Последние должны быть информированы о высокой частоте рецидивов после консервативного лечения, а также о необходимости хирургического лечения после выполнения репродуктивных планов.

Отметим, что возраст женщин моложе 40 лет ассоциируется с лучшими результатами консервативной терапии АГЭ. У пациенток, которым на момент выявления АГЭ было 39 лет и менее, вероятность достижения полной ремиссии после введения ЛНГ-ВМС была в 9,75 раза выше, чем у тех, кто был в возрасте 40 лет и старше<sup>25</sup>.

[ При АГЭ рекомендована гистерэктомия, по возможности лапароскопическим доступом. Консервативная терапия возможна лишь у планирующих беременность женщин по решению врачебной комиссии. ]

В то же время, как было упомянуто выше, отсутствие рецидивов АГЭ в ходе контролируемого наблюдения может быть обусловлено как эффектом гормональной терапии, так и результатом полного удаления очага АГЭ при первичном обследовании, а также естественным благоприятным вариантом течения, что отмечено при длительном наблюдении за такими пациентками.

## Организм против прогестинов?

Важно отметить, что у части женщин отсутствует ответ на прогестинотерапию ГЭ и РЭ, причины чего не совсем понятны. При планировании гормональной терапии резонно оценить предполагаемое прогностическое значение некоторых клинических и морфологических факторов на результаты лечения. Существуют ли клинико-патологические маркёры, которые способны выступить в качестве предикторов ответа на лечение?

Большинство исследований в этом направлении дают неоднозначные или противоречивые результаты — рассмотренные характеристики не подходят для прогнозирования успеха или неудачи гормонотерапии<sup>26</sup>. Так, противоречивые результаты получены в отношении ИМТ — описаны как более частое прогрессирование процесса при высоких значениях ИМТ<sup>27</sup>, так и более выраженный положительный ответ при ожирении<sup>28</sup>. Другие клинические характеристики, такие как возраст, паритет, использование метформина и предшествующее использование гормонов, также не удалось с полным правом связать с вероятностью ответа на прогестины<sup>29</sup>.

Актуальной задачей сегодня служит изучение молекулярных прогностических биомаркёров успеха или неудачи прогестинотерапии для их использования

в клинической практике. Логично, что исследователи изначально обратили особое внимание на рецепторы прогестерона PRA и PRB и эстрогенов ER $\alpha$  и ER $\beta$ <sup>30</sup>. Тем не менее убедительного успеха это не принесло — в одном из первых исследований в небольшой когорте пациенток было показано, что наличие или отсутствие ответа на лечение никак не было связано с исходной экспрессией ПР. По мнению авторов, исследование экспрессии рецепторов прогестерона до лечения не имеет прогностической ценности<sup>31</sup>. При изучении связи между экспрессией ER и ответом на прогестинотерапию были получены противоречивые результаты.

Мутационные процессы в группе генов репарации ДНК MLH1, MSH2, MSH6 и PMS2 приводят к формированию синдрома Линча, который зачастую служит первопричиной онкологических новообразований — не только в толстой кишке, но и вне кишечника, в частности в эндометрии и яичниках. Обширный систематический обзор биомаркёров показал, что их мутации могут означать

плохой ответ на консервативное лечение ГЭ<sup>30</sup>. Ещё один онкомаркёр — ген фосфатазы *PTEN*, — вероятно, прогностической ценности не имеет<sup>32</sup>.

В некоторых исследованиях продемонстрирован отрицательный ответ на лечение при снижении экспрессии ERα и низкой экспрессии мРНК гена *ESR1*, в других — такой связи не выявлено. Обширный систематический обзор маркёров ИНС показал, что изменение гена репарации несоответствий, обычно ассоциируемое с синдромом Линча, также позволяет прогнозировать плохой ответ на лечение.

В последние годы медицинское сообщество занято поиском новых перспективных прогностических биомаркёров резистентности к прогестину — внимание обращают на гены *MSX1*, *ARID1A*, *HOTAIR*<sup>29</sup>. Однако пока они не доказали клинической значимости, особенно с учётом того, что АГЭ — не однородное состояние, а гетерогенная группа заболеваний, в основе которых может лежать как доброкачественная эстрогензависимая пролиферация желёз, так и разрастание генетически изменённой ткани.

## Новые возможности

Есть как минимум два фактора, которые могут повлиять на эффективность гормонотерапии при ГЭ. Первый из них — состояние эндометрия, на фоне которого возникли очаги ГЭ. Второй фактор — это полнота удаления патологических очаговых изменений в процессе лечебно-диагностического вмешательства.

Именно поэтому было бы логичным **дифференцированно подходить** к назначению гормональной терапии по поводу АМК, возникших при так называемой доброкачественной ГЭ. Представляется целесообразным предложить использовать в качестве предиктора ответа состояние слизистой оболочки матки вне очага ГЭ. Разумеется, для убедительного обоснования данного предложения сначала необходимо выполнить клиническое исследование, в первую очередь ретроспективное.



**Органосохраняющая терапия** ГЭ — а теперь и РЭ — имеет не только медицинское, но и социальное значение, позволяя **сохранить фертильность** этой не столь малой когорты женщин репродуктивного возраста. В настоящее время «угадать» результаты прогестинотерапии ГЭ невозможно, невзирая на современный высокий уровень гормональных и молекулярных исследований. Определёнными ориентирами в прогнозировании эффекта могут стать **оценка состояния эндометрия** вне видоизменённых участков по результатам гистологического исследования и учёт **вероятности полного удаления** патологических очагов. Наиболее надёжной для последней цели служит гистероскопическая резекция. Тем не менее эти гипотезы требуют подтверждения в рамках **новых клинических исследований**. **SP**

Библиографию см. на с. 76–82.



# ЭСТРОГИАЛ™

## Увлажнение и комфорт в интимной зоне!

Природный фитокомплекс и гиалуроновая кислота:  
комбинированный состав **способствует** комплексному действию



Гель моющий ежедневный



Крем дозированный в свечах для интимной гигиены



Крем дозированный в свечах с дополнительным увлажнением

Содержит триглицериды жирных кислот и большее количество гиалуроновой кислоты



Гель интимный увлажняющий

Реклама

НЕ СОДЕРЖИТ ГОРМОНОВ И АНТИСЕПТИКОВ!

Больше информации на сайте

## www.estrogiol.ru

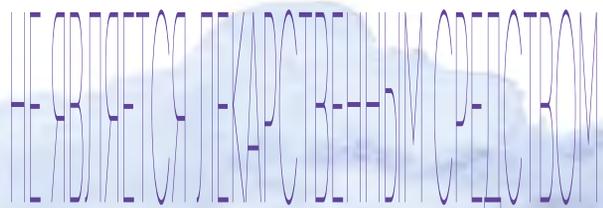




Центр иммунотерапии  
«ИммуноХелп»

ООО «ЦИ «ИммуноХелп»  
105187, г. Москва, ул. Щербановская, д.53 к.15  
Тел./факс: +7 (495) 729-49-20, e-mail: info@immunohelp.ru

\* инструкция-аннотация по применению  
СГР: № ВУ.70.06.01.001.Е.003744.09.16  
СГР: № КГ 11.01.09.001.Р.004986.11.19 от 21.11.2019  
СГР: № КГ 11.01.09.001.Р.004985.11.19 от 21.11.2019





ЧТО и требовалось  
Доказать

# Status Praesens

• Хрянин А.А. Уровень знаний молодёжи об интимной гигиене (часть 1) // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №2 (119). — с. 55–59.

# КАК ИЗВЛЕЧЬ ВЫГОДУ ИЗ КАЖДОГО УРОКА

Уровень знаний молодёжи об интимной гигиене (часть 1)



**Автор:** Алексей Алексеевич Хрянин, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии НГМУ, президент Ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск)

Особую значимость в современном здравоохранении приобретает исследование уровня знаний молодого поколения о **правилах интимной гигиены**. Это обусловлено её прямым влиянием на ключевые аспекты здоровья: **репродуктивную функцию**, общее качество жизни и профилактику инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы. Молодёжь занимает особое положение в группе риска, поскольку именно в этот жизненный период происходит начало половой жизни, а также формирование основополагающих привычек и принципов **ответственного отношения к своему телу**.

Парадоксально, но научные исследования выявляют существенный дефицит знаний в области интимной гигиены среди этой группы населения, что неизбежно приводит к **ошибкам в уходе за кожей аногенитальной области**, повышает риск инфекционных заболеваний и других осложнений<sup>1</sup>. Имеющийся пробел в знаниях об интимной гигиене создаёт **серьёзную угрозу благополучию** молодого поколения и **требует незамедлительного внимания** со стороны медицинского сообщества и образовательных учреждений.

**А**ктуальность правильного ухода за кожей в интимной области тесно связана с тенденцией к **раннему началу половой жизни** в современном обществе. **Дефицит достоверной информации** о безопасном сексуальном поведении и правилах интимной гигиены создаёт предпосылки для хронических заболеваний мочеполовой системы и распространения инфекций, передаваемых половым путём (ИППП). Более того, отсутствие качественной информации способствует формированию ошибочных представлений, негативно

влияющих на **психофизическое здоровье** молодого поколения<sup>2</sup>.

Изучение уровня знаний об интимной гигиене среди молодёжи позволяет **систематизировать имеющиеся данные**, выявить ключевые проблемы и разработать практические рекомендации для специалистов здравоохранения, педагогов и родителей. Полученные в ходе научного исследования результаты могут способствовать **созданию эффективных образовательных программ**, направленных на повышение информированности населения, улучшение качества

[ Дефицит достоверной информации о безопасном сексуальном поведении и правилах интимной гигиены создаёт предпосылки для хронических заболеваний мочеполовой системы и распространения ИППП. ]

# ПРАВИЛА ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ

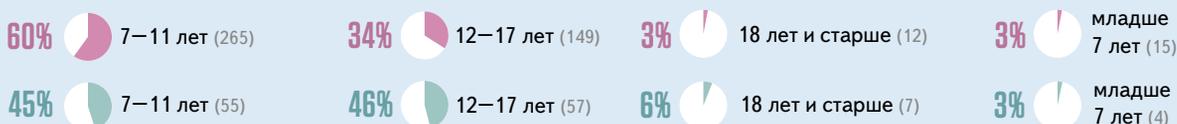


## Демографические данные

Участники: **студенты (n=564)** 4-го курса лечебного и педиатрического факультетов НГМУ.  
Средний возраст: **21 год.**

Женщины — 441 (78%) Мужчины — 123 (22%)

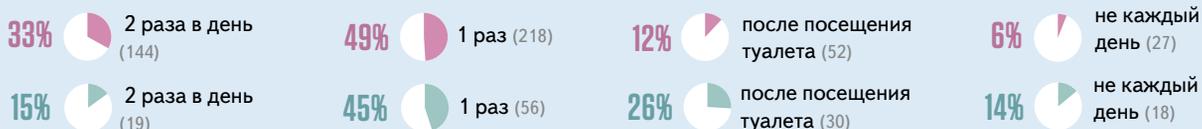
## В каком возрасте вы узнали про интимную гигиену?



## От кого вы узнали про интимную гигиену?



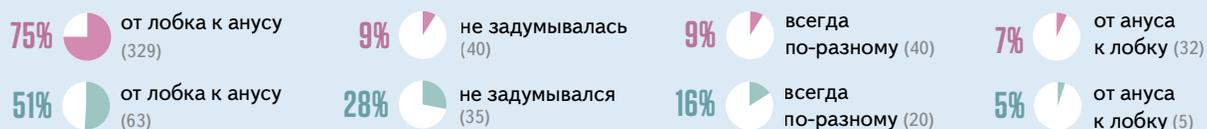
## Как часто вы соблюдаете интимную гигиену?



## Какие средства для интимной гигиены вы используете?



## Какое направление движений во время гигиены интимной зоны вы используете?



медицинского консультирования и профилактику кожных и венерических заболеваний<sup>3</sup>.

Следовательно, комплексный анализ знаний по этой теме среди молодого поколения имеет как **теоретическую**, так и **практическую ценность**. Внедрение полученных данных в медицинскую практику позволит разработать и реализовать актуальные методики, способствующие формированию здорового образа жизни, **укреплению репродуктивного здоровья** и повышению общего качества жизни населения.

## Секреты чистоты

Согласно результатам опроса, большинство обучающихся **впервые узнали** о понятии «**интимная гигиена**» от своих родственников. Следующим источником информации стал интернет, а «беседы с врачами», телевидение и друзья заняли менее значимые места. Более половины опрошенных студентов знакомы с этой темой с 7–11 лет, а средний возраст, в котором дети начинали **самостоятельно ухаживать** за своим телом, составил 9 лет.

В процессе исследования проанализированы ответы респондентов на вопросы, касающиеся **моющих средств для интимной гигиены**. Установлено, что половина опрошенных использовали специализированные гели. При этом были обнаружены значимые гендерные различия: **девушки гораздо чаще, чем юноши**, отдавали предпочтение специализированным гелям вместо обычных моющих средств для душа. Также стоит отметить, что **17%** опрошенных пользовались только антибактериальным гелем, причём четверть из них применяли его регулярно.

В отношении **техники очищения интимной зоны** более половины опрошенных девушек (**75%**) продемонстрировали правильное понимание того, как следует выполнять гигиенические процедуры в интимной области — **от лобка к анусу**. Это важный показатель, поскольку соблюдение правильной техники позволяет минимизировать риск **переноса условно-патогенных микроорганизмов** во влагалище, что в свою очередь снижает вероятность вагинальных инфекций<sup>4</sup>. Тем не менее оставшиеся респонденты, которые не соблюдают эти правила, **находятся в зоне риска**, что свидетельствует о необходимости более



глубокого информирования молодых людей по этим вопросам<sup>7</sup>.

**Во время менструации** подавляющее большинство респондентов отдадут предпочтение **прокладкам**. Менее популярны тампоны, а менструальные чаши и трусики используют намного реже. Примечательно, что только 39% опрошенных **меняли прокладки каждые 2–4 ч** во время менструации, а остальные делали это реже или как только чувствовали, что прокладка переполнилась. При этом 13% студенток отмечали, что испытывали **дискомфорт из-за неправильной интимной гигиены**: нерегулярного подмывания, длительного ношения прокладки или раздражения от использования мыла.

Также заслуживают внимания результаты, связанные с влиянием **раздражающих факторов** в области половых органов. В частности, опрос показал, что 69% девушек удаляли волосы с помощью **бритвенных станков**. Однако такая практика может существенно **повышать риск травматизации кожи**, возникновения раздражений и инфицирования кожи

интимной области. Интересно, что, несмотря на популярность удаления волос на лобке и промежности, в практической медицине до сих пор нет убедительных доказательств необходимости этой процедуры. Основная причина, по которой подростки и молодые люди прибегают к эпиляции, — **косметический эффект**, подчёркивающий влияние социальных и эстетических норм на поведение молодёжи.

Среди опрошенных студентов только треть выбрали **хлопчатобумажное бельё**. Однако, согласно клиническим исследованиям, именно этот материал **обеспечивает оптимальную аэрацию** и эффективное впитывание влаги, что помогает избежать перегрева и чрезмерного потоотделения. Те, кто не использует хлопковое бельё, рискуют столкнуться с различными инфекциями. **Искусственные ткани** могут способствовать нарушению микробиоты влагалища из-за недостаточной аэрации и образования аномально высокой влажности, что создаёт благоприятную среду для патогенных микроорганизмов<sup>5</sup>.

## (Без)опасный секс

Вторая часть анкеты была посвящена вопросам **сексуального поведения** студентов. Средний возраст **начала половой жизни** у девушек и юношей по результатам анкетирования составил около **17,5 года**. Кроме того, большая часть опрошенных **не использовали презервативы** во время секса. Это может указывать на выбор других методов контрацепции и, что более тревожно, на потенциальные риски **нежеланной беременности и распространения ИППП**. Причины отказа от барьерных средств разнообразны: от **нехватки информации о защите** до финансовых трудностей и личных проблем.

С другой стороны, **использование вагинальных лубрикантов** среди студентов демонстрирует стремление обеспечить комфорт как для себя, так и для партнёра. Тем не менее следует помнить, что не все интимные средства безопасны. Некоторые из них могут влиять на естественный уровень рН и осмолярность влагалища, что повышает вероятность инфекций и раздражений. **Оптимальным вариантом** выступает выбор лубрикантов, максимально приближенных к составу естественных влагалищных выделений, что поможет **уменьшить риски** и повысить безопасность интимной жизни<sup>6</sup>.

## От цифр к действиям

Результаты исследования показали, что **уровень знаний студентов-медиков** о личной интимной гигиене и правилах безопасных отношений **недостаточный**. Многие из них **не осознают, какие последствия** для здоровья может иметь неправильный уход за телом. Это вызывает серьёзные опасения, ведь если даже в профессиональной медицинской среде существуют такие проблемы, то можно представить, насколько плачевна ситуация среди обычных людей.

Ключевую роль в формировании здорового образа жизни, профилактике заболеваний и укреплении репродуктивного здоровья занимает **просвещение**. Важно отметить, что начало просветительской работы необходимо уже **на ранних этапах**: педиатры совместно с родителями должны обсуждать основы правильной гигиены с детьми (**желательно с 3-летнего возраста**), которые

## Повторение — мать учения

**Интимная гигиена** — неотъемлемая часть ежедневного как женского, так и мужского ухода. Термин происходит от латинского слова *intimus*, что означает «глубокий» или «сокровенный», и греческого *hygieinos* — «целебный».

### Правила интимной гигиены<sup>7</sup>.

- Тщательно мойте руки перед тем, как прикасаться к половым органам.
- Используйте только тёплую воду.
- Для ухода за интимной зоной рекомендовано использовать специальные средства. Обычные гели для душа и мыло содержат агрессивные химические вещества, которые могут вызвать раздражение и сухость кожи, а также изменить рН.
- Направление обмывания водой — спереди назад.
- Если вы ведёте интимную жизнь, обязательно обмывайте половые органы до и после каждого полового контакта.
- Полотенце должно быть всегда сухим, чистым и строго индивидуальным.
- После завершения гигиенических процедур не вытирайте влагу с половых органов, а аккуратно промокните её.

### Интимная гигиена во время менструации<sup>7</sup>.

- При каждой смене прокладки или тампона необходимо тщательно обмывать интимную область.
- Меняйте прокладки или тампоны каждые 4–5 ч. Это поможет избежать дискомфорта и обеспечит надлежащий уровень гигиены.
- Избегайте горячих ванн.

### Роль нижнего белья в интимной гигиене<sup>7</sup>.

Рекомендовано носить и ежедневно менять бельё из натуральных материалов (например, хлопок или лён). Они позволяют коже «дышать», что особенно важно в жаркую погоду.

# ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

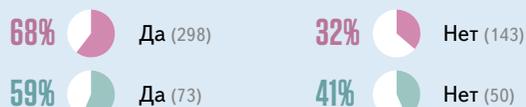


## Демографические данные

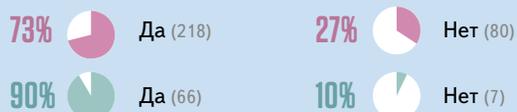
Участники: **студенты (n=564)** 4-го курса лечебного и педиатрического факультетов НГМУ.  
Средний возраст: **21 год.**

Женщины — 441 (78%) Мужчины — 123 (22%)

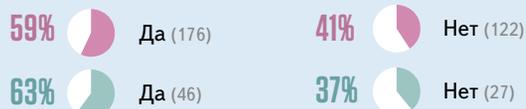
## Живёте ли вы половой жизнью?



## Используете ли вы презервативы во время полового акта?\*



## Используете ли вы вагинальные лубриканты?\*



\* Вопросы адресованы тем студентам, которые живут половой жизнью.

начинают самостоятельно ухаживать за интимной зоной. Такие беседы помогут **сформировать здоровые привычки** с самого раннего возраста и **предотвратить возможные проблемы** в будущем.

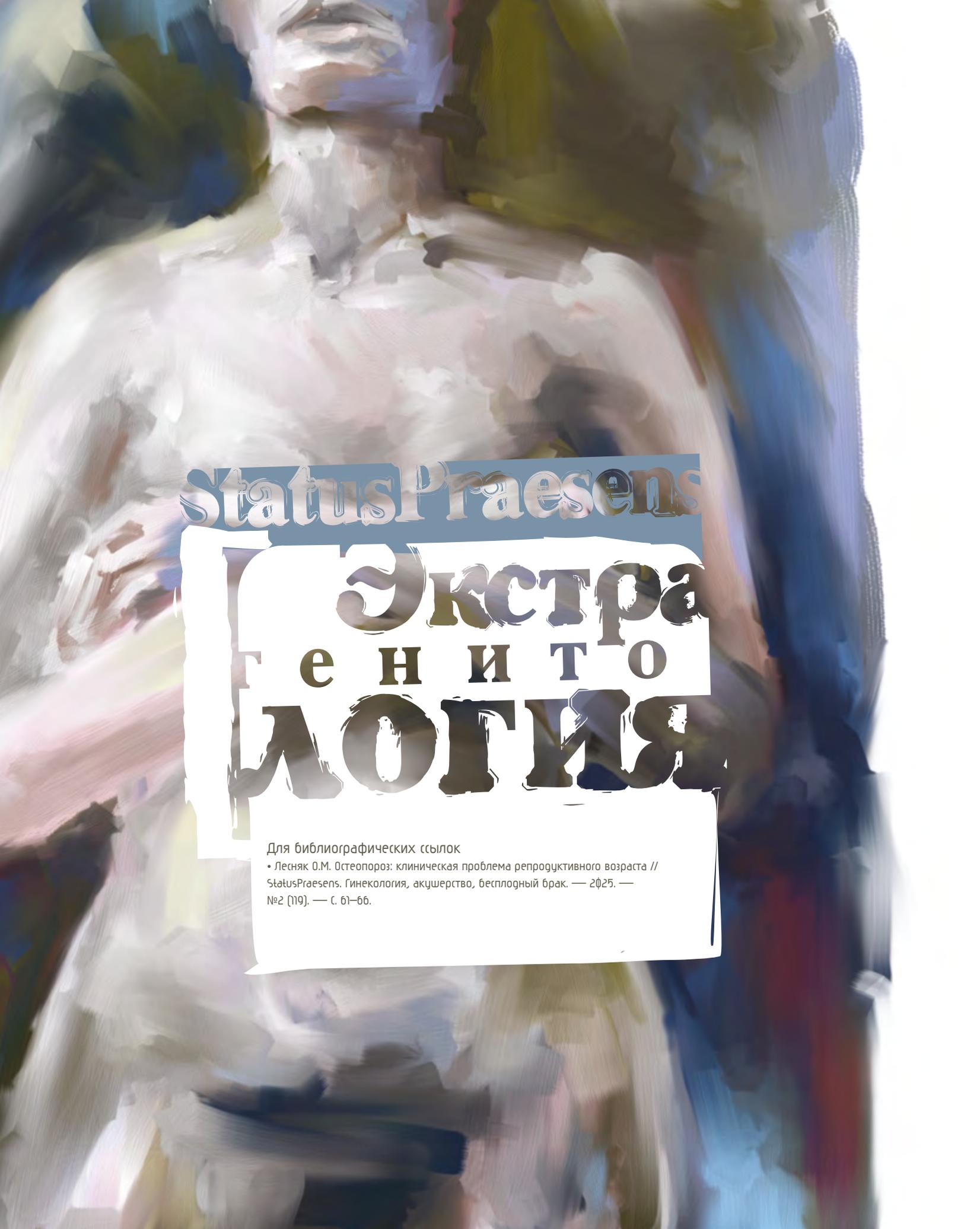
В современном мире особую эффективность могут продемонстрировать **образовательные инициативы**, реализуемые через интернет<sup>7</sup>. Онлайн-платформы, социальные сети, специализированные сайты и мобильные приложения дают возможность **донести информацию до широкой аудитории** в доступной форме, что особенно важно для молодых людей, которые стесняются открыто обсуждать подобные интимные темы.

Разработанные информационные веб-ресурсы (например, <https://ippp.pro/>) и другие цифровые проекты могут стать действенным инструментом для достижения этих целей. Они предоставят молодёжи доступ к проверенным данным и помогут **сформировать правильные привычки**. Дальнейшее развитие образовательных программ, основанных на результатах научных исследований, будет способствовать **улучшению качества жизни** молодого поколения. Кроме того, качественная и своевременная информация поможет снизить риск инфекций и **сформировать ответственное отношение** к своему здоровью.



Многие врачи увлечены поиском новых терапевтических методов, активно споря о том, какое из лекарственных средств лучше. Фармацевтические компании ведут жёсткую борьбу, вкладывая значительные суммы денег в исследования и разработку новых препаратов. Однако на этом пути **мы порой забываем о важности базовых вещей**, таких как личная гигиена и безопасный секс. Игнорирование этих аспектов приводит к возникновению многих проблем, включая распространение ИППП и ухудшение репродуктивного здоровья населения. Чтобы избежать этих последствий, **необходимо сосредоточиться на просвещении** и образовательных инициативах, ориентированных на потребности молодёжи. Ликвидация пробелов в знаниях об интимном здоровье не только поможет предотвратить различные заболевания, но и станет основой для формирования ответственного отношения к своему здоровью, что в свою очередь положительно отразится на **качестве жизни и благополучии всего общества**. **SP**

Библиографию см. на с. 76–82.

An impressionistic painting of a woman's torso, rendered in soft, blended colors of blue, green, and white. The style is reminiscent of the Impressionist movement, with visible brushstrokes and a focus on light and color over fine detail.

status Praesens

# Экстра ГЕНИТО ЛОГИЯ

Для библиографических ссылок

• Лесняк О.М. Остеопороз: клиническая проблема репродуктивного возраста // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №2 (119). — С. 61–66.

# ПОМОЧЬ ДРУГИМ. ПОДУМАТЬ О СЕБЕ

Остеопороз: клиническая проблема репродуктивного возраста



**Автор:** Ольга Михайловна Лесняк, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова, президент Российской ассоциации по остеопорозу (Санкт-Петербург)

Последние исследования убедительно доказывают, что **суточные колебания** в количестве клеток костной ткани и нокаут гена **циркадных** ритмов имеют чрезвычайно серьёзные последствия для здоровья опорно-двигательного аппарата<sup>1</sup>. **На первый взгляд** эта новость может показаться акушеру-гинекологу не имеющей ничего общего с его специализацией. А ведь, рассмотрев проблему глубже, становится понятно, что **в эпицентре — мы все**: работая посменно, путешествуя в другой часовой пояс, далеко за полночь засиживаясь за чтением профессиональной литературы, ленты новостей или просмотром фильмов. Причин у нас и наших пациентов оказаться в зоне риска остеопороза — более чем достаточно. Давайте разберёмся, что мы можем сделать для профилактики этого недуга.

**О**стеопороз — **системное метаболическое заболевание** скелета, ассоциированное со снижением костной массы и нарушениями микроархитектоники костной ткани. Последствия этих, казалось бы, невидимых глазу трансформаций весьма существенны — хрупкость костей и высокий **риск переломов**. Подавляющее количество эпизодов остеопороза наблюдают в постменопаузе, однако не исключено его возникновение в репродуктивном периоде, причём с не менее тяжёлыми клиническими проявлениями.

До сих пор вопрос распространённости болезни в **молодом** возрасте остаётся дискуссионным. Специалисты отмечают, что результат подсчёта зависит от когорты, в которой было изучено состояние проблемы. Так, в китайском популяционном исследовании в группе женщин репродуктивного возраста (средний воз-

раст 35 лет) остеопороз в соответствии с критериями ВОЗ при денситометрии не был обнаружен ни у одной, а остеопению выявили у 10,6%<sup>2</sup>. С другой стороны, немаловажное значение имеет наличие заболеваний, ассоциированных со **вторичным** остеопорозом. Например, показатель минеральной плотности кости (МПК) существенно ниже возрастной нормы зарегистрирован у 17,3% пациенток с системной красной волчанкой, у 44,5% с болезнью Кушинга, у 35% при ВИЧ-инфекции, у 45% при муковисцидозе<sup>3</sup>. Тут важно отметить, что в отличие от женщин в постменопаузе пациентки репродуктивного возраста с низкой МПК или факторами риска вторичного остеопороза имеют **не столь значительную** вероятность переломов. Отечественное многоцентровое исследование показало, что при длительном

[ Остеопороз — системное метаболическое заболевание скелета, ассоциированное со снижением костной массы и нарушениями микроархитектоники костной ткани и ведущее к развитию патологических переломов. ]

приёме глюкокортикоидов частота переломов в менопаузе была почти **в 3 раза ниже** по сравнению с постменопаузой (6,1 против 22,5%)<sup>4</sup>.

## Элементы терминологии

Основные причины низкой МПК у женщин репродуктивного возраста заключаются либо в невозможности достижения достаточного уровня пиковой костной массы, либо в её чрезмерной потере. Важно различать эти **два состояния**, поскольку от этого будет зависеть терапевтическая стратегия.

**Пиковая костная масса** — максимальная масса костной ткани, которая накапливается в процессе созревания скелета в детстве, подростковом и раннем взрослом возрасте. Принято считать, что она совпадает с пиковой прочностью костной ткани и служит основным фактором, определяющим её состояние в дальнейшей жизни.

У здоровых девочек пик прироста костной массы приходится на возраст **от 11 до 14 лет**, но примерно через 2 года после менархе наблюдают резкое замедление темпа этого процесса, хотя сам прирост продолжается. В целом возраст достижения пика костной массы — конец **второго десятилетия** жизни<sup>5</sup>.

Преимущественно МПК определяют **генетические особенности**<sup>5,6</sup>. Однако существует множество факторов — заболевания, образ жизни (неправильное питание, низкая физическая активность, вредные привычки), — влияние которых на формирование костной ткани в детском и юношеском возрасте весьма значительно<sup>7</sup>. Этот аспект крайне важно учитывать, обсуждая меры профилактики остеопороза, начиная **с самого раннего возраста**.

Остеопороз в женской популяции распространён больше, чем в мужской<sup>8</sup>. Отчасти это связано с низкой МПК пациенток, недостижением оптимального уровня пиковой костной массы, быстрой её потерей под влиянием заболеваний и приёма ряда препаратов (рис.).

## Калькулятор рисков: каждому возрасту — свой

Диагностика остеопороза пациенток репродуктивного возраста имеет свои **особенности**. С 2008 года в мире для прогнозирования риска остеопоротических переломов используют **алгоритм FRAX**<sup>9–11</sup>. С помощью этого калькулятора врач может

[ Пиковая костная масса — максимальная масса костной ткани, которая накапливается в процессе созревания скелета в детстве, подростковом и раннем взрослом возрасте. Принято считать, что она совпадает с пиковой прочностью костной ткани и во многом определяет её состояние в дальнейшей жизни человека. ]

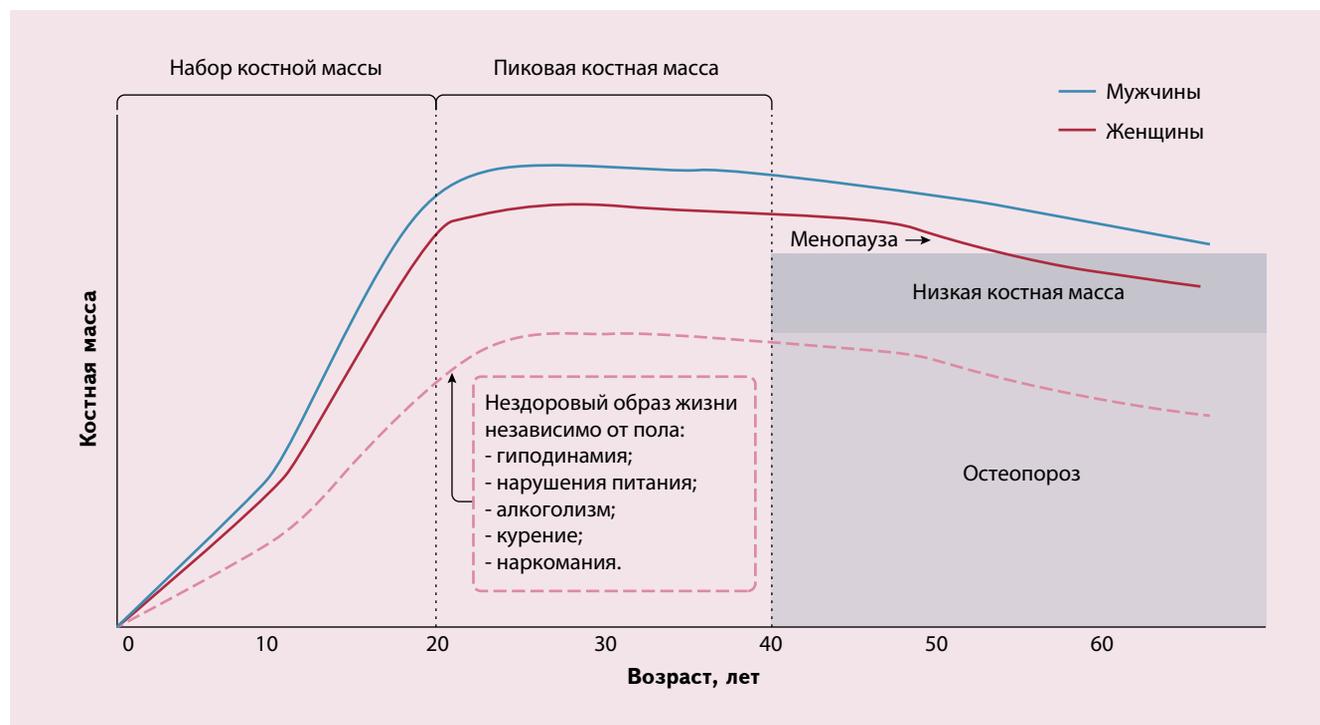


Рис. Влияние пола, возраста и образа жизни на костную массу<sup>12</sup>.

определить 10-летнюю вероятность переломов проксимального отдела бедренной кости, тел позвонков, дистального отдела предплечья и проксимального отдела плечевой кости и впоследствии принять решение о необходимости дальнейших диагностических или терапевтических мероприятий. Однако важно подчеркнуть, что верификация рисков с помощью этого простого и доступного инструмента возможна **лишь у пациенток в постменопаузе**.

Кроме того, при выполнении рентгеновской **денситометрии** (dual energy X-ray absorptiometry, DXA) для определения состояния костной ткани **не может быть использован Т-критерий**, сравнивающий МПК обследуемого с референсной базой данных молодых здоровых женщин 20–29 лет, как это происходит в период постменопаузы.

Для преодоления возрастных препон диагностики в репродуктивном возрасте рекомендовано **применять Z-критерий**, который сравнивает МПК обследуемого с нормой для данного возраста. Интерпретация полученных результатов Z-критерия должна быть такой:

- $-2$  стандартных отклонения и менее — показатель «ниже ожидаемых по возрасту значений»;
- более  $-2$  — «в пределах ожидаемой возрастной нормы».

Диагностические категории «остеопения» и «остеопороз», основанные **только** на анализе Т-критерия, не следует применять к женщинам в менопаузе, **за исключением** перименопаузального периода<sup>3</sup>.

Важно, что определение **изолированной сниженной МПК** у здоровой молодой женщины не должно становиться основанием для диагностики у неё остеопороза. Вполне вероятно, что этот показатель будет свидетельствовать лишь о том, что набранная ею пиковая костная масса была невелика. Гораздо более важными для верификации диагноза должны стать результаты МПК ниже ожидаемых по возрасту значений **в сочетании** с перенесённым ранее низкоэнергетическим переломом или выявленным фактором риска вторичного остеопороза. Именно поэтому **выяснение причины** остеопороза в молодой когорте должно стать важным этапом ведения пациентки.

## Размотать клубок

Одна из самых частых причин обращения молодых пациенток к акушеру-гинекологу — **амеорея**. Для установления её этиологии вне беременности назначают ряд лабораторных тестов, определяющих уровень фолликулостимулирующего, лютеинизирующего и тиреотропного гормонов, а также пролактина<sup>13</sup>.

Причины **ановуляции** и ассоциированной с ней **амеореи** весьма многообразны<sup>14,15</sup>. Например, **функциональная гипоталамическая амеорея** может быть вызвана переутомлением или чрезмерной физической нагрузкой. Помимо этого нарушения менструального цикла могут спровоцировать гиперпролактинемия, преждевременная недостаточность яичников, ятрогенные причины, например приём агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона<sup>12</sup>.

Следует отметить, что одним из ведущих факторов возникновения остеопороза у молодых женщин с амеореей признана **нервная анорексия**<sup>16</sup>. Юная пациентка, молодая женщина далеко не всегда расскажут акушеру-гинекологу об этом

**[ Определение изолированной сниженной МПК у здоровой молодой женщины не должно становиться основанием для диагностики у неё остеопороза. ]**

состоянии, но, учитывая его чрезвычайную распространённость, специалисту следует **проявить насторожённость** и, возможно, прицельно задать вопросы.

**Нервная анорексия** — это расстройство, характеризующееся страхом ожирения, голоданием и патологически низкой массой тела, которое часто ассоциируется со снижением МПК и **значительным риском переломов**<sup>17,18</sup>. Исследования показывают, что эти изменения в костной ткани происходят из-за ограничения поступления калорий, неправильного питания и, возможно, связанных с этим гормональных нарушений. Хорошо известная так называемая **женская атлетическая триада** состоит из нарушений пищевого поведения, аменореи и остеопороза.

Нервная анорексия чётко связана с выраженными **эндокринными изменениями**: в дополнение к низкому уровню эстрадиола у пациенток наблюдают нарушения в работе щитовидной железы, снижение уровня гормонов, регулирующих аппетит (окситоцина, лептина и пептида YY), инсулиноподобного фактора роста 1 (insulin-like growth factor 1, IGF-1), резистентность к гормону роста, гиперкортизолемию и низкий уровень тестостерона. Помимо этого усугубляет ситуацию дефицит витамина D, что на фоне низкой пиковой костной массы с быстрой потерей трабекулярного вещества значительно **(в 2–7 раз)** увеличивает риск переломов. Именно поэтому стратегия лечения пациенток должна включать восстановление нормальной массы тела и менструального цикла.

## Контрацептивные дискуссии и гестационные реалии

Вопрос о влиянии **гормональной контрацепции** на здоровье костей в подростковом возрасте до сих пор остаётся открытым. Результаты крупного метаанализа с участием подростков 12–19 лет продемонстрировали, что приём комбинированных гормональных контрацептивов на протяжении 12–24 мес был ассоциирован со снижением МПК в сравнении с неприменением этого метода предохранения от нежеланной беременности<sup>19</sup>. В то же время крупное ретроспективное исследование «случай—контроль», в котором приняли участие 12 970 женщин (средний возраст 37,8 года), показало значительное снижение риска переломов при использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Авторы подчёркивают, что этот эффект был наиболее выражен в возрастных группах 18–25 и 26–35 лет, а также у пациенток, принимавших КОК **более 1 года**<sup>20</sup>.

**Нормальную беременность** и особенно **лактацию** может сопровождать **обратимая** потеря костной массы. Механизм происходящего вполне объясним. Во время беременности

[ Нормальную беременность и лактацию может сопровождать обратимая потеря костной массы. Это связано с удвоением всасывания кальция в кишечнике с целью удовлетворения потребностей растущего плода. ]



© uida / Коллекция/500k

происходит удвоение фракционного всасывания кальция в кишечнике с целью удовлетворения потребностей растущего плода<sup>21</sup>. Практически в 2–5 раз возрастает уровень кальцитриола, вырабатываемого почками матери, в то же время происходит усиление всасывания минерала в кишечнике под влиянием эстрадиола, пролактина.

Как правило, резорбция костной ткани остаётся в физиологических рамках, однако недостаточное присутствие кальция в диете беременной вполне способно вывести этот процесс за пределы нормы. Грудное вскармливание и высокий уровень пролактина подавляют гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему, что ассоциировано со снижением концентрации эстрадиола, усилением выработки паратиреоидного гормона-родственного пептида (ПТГрП) в молочных железах. В комплексе эти факторы способны усилить резорбцию

костной ткани, причём потребление кальция с пищей мало влияет на этот процесс. Восстановление после потери костной массы, связанной с кормлением грудью, может продолжаться в течение 18 мес или дольше.

Остеопороз, связанный с беременностью или лактацией, — редкое, но серьёзное заболевание, распространённость которого пока ещё недооценена<sup>22</sup>. В японском популяционном исследовании 2024 года частота остеопороза, ассоциированного с беременностью и лактацией, составила 460 на 1 млн родов<sup>23</sup>. Болезнь проявляется низкоэнергетическими переломами (чаще всего компрессионными переломами тел позвонков, реже — проксимального отдела бедренной кости, вертлужной впадины, крестца, тазового кольца, плечевой кости и др.), которые обычно происходят через 2–3 мес после родов. В период гестации наиболее критичным для нару-

шения целостности костей сроком считают III триместр<sup>24</sup>.

У большинства женщин после беременности костная ткань восстанавливается самостоятельно, но иногда этого не происходит. Причина остаётся неясной. Однако факторы риска остеопороза в этот период известны:

- возраст пациентки более 30 лет;
- низкий ИМТ (<18 кг/м<sup>2</sup>);
- курение, злоупотребление алкогольными напитками;
- низкая физическая активность;
- дефицит витамина D;
- наличие болезней, ассоциирующихся с остеопорозом (например, хронические воспалительные заболевания кишечника, системная красная волчанка).

В последнее время появились публикации о выявлении генетических мутаций (гены *LRP5*, *WNT1*, *COL1A1/A2*)<sup>25,26</sup>. Помимо этого играют роль и факторы, связанные с репродуктивной функцией и самой беременностью: нерегулярный менструальный цикл, многоплодная беременность, применение методов вспомогательных репродуктивных технологий, иммобилизация во время гестации по поводу чрезмерной рвоты, укорочения шейки матки или иных причин, приём гепарина или глюкокортикоидов, послеродовой тиреоидит<sup>27</sup>. У части пациенток состояние улучшается спонтанно, тогда как другим требуется лечение остеопороза антирезорбтивными или костно-анаболическими препаратами.

Клиницисту важно помнить, что примерно у 24% пациенток, страдающих остеопорозом в период беременности и лактации, существует риск переломов при повторной гестации<sup>28</sup>.

## Смотреть глубже

Низкоэнергетические переломы у людей молодого возраста часто ассоциируются с высоким уровнем коморбидности и табакокурением. Эндокринные заболевания в этой когорте пациентов были зарегистрированы у 34% и ни у одного — в группе высокоэнергетических переломов<sup>29</sup>. Перечень соматических нарушений, способных стать причиной остеопороза в репродуктивном возрасте, весьма широк (табл.).

Риск остеопоротических переломов может возрастать на фоне приёма ряда лекарственных препаратов, в частности, глюкокортикоидов, противосудорожных и психотропных средств, гепарина, ингибиторов протонной помпы, цитостатиков.

## Кого диагноз правомочен?

Здоровым женщинам в менопаузе не рекомендован скрининг МПК с помощью DXA. Пациентки с низкой МПК неизвестной этиологии, у которых в анамнезе не было переломов, могут иметь **идиопатическую** низкую плотность кости. Согласно современным рекомендациям, таким женщинам **не следует** ставить диагноз «остеопороз»<sup>30</sup>. Важно избегать **необоснованной** диагностики остеопороза, поскольку это может привести к ненужным переживаниям пациентки, стрессу, а также к полипрагмазии.

Учитывая, что переломы в детском и подростковом возрасте нередки, указание на них в анамнезе не должно быть показанием для проведения исследований, связанных с остеопорозом, включая DXA. Это касается в первую очередь высокоэнергетических переломов в результате травмы. С другой стороны, об остеопорозе стоит задуматься у молодой женщины, страдающей хроническим заболеванием, потенциально опасным для скелета, или перенёсшей низкоэнергетический перелом. Особого внимания заслуживают компрессионные переломы тел позвонков и множественные переломы. В этих ситуациях необходимо назначить DXA.

Совершенно иная ситуация, если ранее не было выявлено заболевание, которое могло бы объяснить низкую МПК и переломы. Тут необходимо провести тщательное обследование. Анамнез жизни с учётом семейных особенностей, анамнез болезни, прицельный акцент на принимаемые постоянно лекарства нередко служат **источником** важной информации и «стартовой площадкой» для верификации диагноза.

Первоначальное **лабораторное** обследование включает общий анализ крови, функцию почек, гомеостаз костной ткани (кальций, фосфаты, щелочная фосфатаза), печёночные пробы, витамин D, уровень ТТГ, ПТГ, кальция и креатинина в суточной моче. Следует помнить и о вероятности таких **редких заболеваний** скелета, как несовершенный остеогенез, остеомалация, фиброзная дисплазия, болезнь Педжета и др., которые также сопровождаются изменениями МПК и переломами. В частности, низкая МПК при дефиците/недостаточности витамина D, особенно если пациентка отмечает боли в костях и мышцах, может быть проявлением остеомалации.

Если уровень витамина D в норме и вторичная причина остеопороза не выявлена, МПК ниже возрастной нормы может **не свидетельствовать в пользу** патологической ситуации, особенно у людей с субтильным телосложением. Однако, если в анамнезе есть низкоэнергетические переломы, это может быть связано с генетическими причинами или, возможно, с идиопатическим остеопорозом. Поэтому при исключении возможных причин показано выполнение генетического анализа. Если и тогда нарушений найти не удалось, диагностируют **идиопатический** остеопороз.

## Основные причины возникновения остеопороза в репродуктивном возрасте

Группа причин	Заболевания и состояния
Эндокринные заболевания	Синдром/болезнь Кушинга Заболевания щитовидной/паращитовидных желёз Сахарный диабет Гипогонадизм
Нарушения питания	Дефицит витамина D, кальция или других нутриентов Голодание/анорексия
Болезни органов пищеварения	Синдром мальабсорбции (целиакия, воспалительные заболевания кишечника, муковисцидоз, синдром раздражённого кишечника, панкреатит) Заболевания печени Состояния после операций, включая резекцию желудка и бариатрические операции
Хронические аутоиммунные и воспалительные заболевания	Системная красная волчанка и другие диффузные болезни соединительной ткани Рассеянный склероз Ревматоидный артрит
Заболевания системы крови и опухоли	Гемолитические анемии Множественная миелома Лейкозы и лимфомы Опухоли Системный мастоцитоз
Наследственные заболевания	Несовершенный остеогенез Синдром Марфана Синдром Элерса—Данлоса Гипофосфатазия Гипофосфатемические рахиты Болезнь Гоше
Заболевания почек	Хроническая болезнь почек Почечный канальцевый ацидоз Синдром Фанкони
Инфекционные болезни	ВИЧ Вирусный гепатит В Вирусный гепатит С Туберкулёз Остеомиелит
Болезни органов дыхания	Хроническая обструктивная болезнь лёгких

[ Важно избегать необоснованной диагностики остеопороза, так как это может вызвать стресс и переживания пациентки, а также полипрагмазию. ]

## От простого к сложному

В основе плана лечения пациентки репродуктивного возраста должен лежать принцип **первоначальной коррекции питания и образа жизни**. Отказ от вредных привычек, полноценный рацион, содержащий важные для скелета элементы — кальций, витамин D, станут серьёзным шагом на пути восстановления костной ткани.

Все пациентки с низкой МПК или перенёсшие переломы, а также имеющие заболевания, ассоциирующиеся с остеопорозом, должны получать препараты **витамина D** (преимущественно витамин D<sub>3</sub>) в дозе не менее 800–1000 МЕ в сутки, а при недостаточном потреблении молочных продуктов — добавки кальция (1000 мг/сут). Необходимо также обращать внимание на физиче-

скую активность, включая лечебную гимнастику с нагрузкой весом собственного тела. Однако следует учесть, что **чрезмерные физические нагрузки** могут привести к снижению веса, гипоталамической аменорее, что будет способствовать **гальнейшей потере** костной массы.

При вторичном остеопорозе успешное лечение основного заболевания способствует повышению МПК, но этого может оказаться недостаточно. Если переломы и низкая МПК вызваны гипогонадизмом, назначают **заместительную терапию эстрогенами**<sup>34</sup>. Для лечения остеопороза в менопаузе используют те же средства, что и при постменопаузальном остеопорозе: антирезорбтивные (преимущественно бисфосфонаты) и костно-анаболические (терипаратид). Эти препараты **одобрены** для лечения глюкокортикоидного остеопороза женщин репродуктивного возраста, **перенёсших перелом**. Тактика ведения молодых

пациенток, не имеющих травматических повреждений костей, пока изучена недостаточно, поэтому решение должно быть индивидуальным и основанным на конкретной клинической ситуации<sup>35</sup>.

Важно отметить: традиционно используемые лекарственные средства способны увеличить МПК, однако их эффективность в отношении снижения риска переломов не доказана и **долгосрочные риски** у пациенток в менопаузе неизвестны, что существенно ограничивает их применение<sup>3</sup>. Кроме того, хорошо известно, что бисфосфонаты проникают через плаценту, способны накапливаться в скелете плода и вызывать токсические эффекты в экспериментальных исследованиях.

В целом информации о тяжёлых последствиях для матери и плода на фоне приёма бисфосфонатов во время беременности крайне мало, но ряд исследований демонстрируют более высокую частоту неонатальных осложнений на фоне лечения<sup>36</sup>. Помимо этого имеются единичные описания укорочения времени гестации, спонтанных аборт, низкой массы тела при рождении и проходящей гипокальциемии новорождённого<sup>37</sup>.

Ещё одним значимым для клинической практики моментом следует считать способность бисфосфонатов **накапливаться** в костях и медленно выводиться из организма. Именно поэтому женщинам репродуктивного возраста их назначают **на короткое время** и на фоне эффективной контрацепции.



Остеопороз, к сожалению, давно перестал быть проблемой, затрагивающей только возрастных пациентов. Всё больше специалистов говорят о том, что вопросами профилактики болезней скелета нужно заниматься как можно раньше, выстраивая концепцию здорового образа жизни с прицелом на все органы и системы. Функционал акушера-гинеколога, конечно, не предусматривает лечение остеопороза, но подумать о его вероятности у пациентки и предоставить рекомендации по профилактике не только можно, но и нужно. **SP**

### Лекарственные нюансы

Антирезорбтивным эффектом обладает и моноклональное антитело к белку RANKL деносуаб. У него есть ряд **преимуществ**, в частности, он не накапливается в костях и имеет более короткий период выведения. Однако и тут не всё просто: **отмена** препарата вызывает **ускоренную потерю** костной ткани и переломы. В связи с этим пациентке необходимо назначать дополнительно введение бисфосфонатов по окончании лечения деносуабом<sup>31</sup>.

Терипаратид — препарат, стимулирующий как костеобразование, так и костную резорбцию. Его «зона ответственности» — **тяжёлый остеопороз**, сопровождающийся множественными переломами позвонков и других крупных костей скелета. Доказана способность препарата увеличивать костную массу у молодых женщин при глюкокортикоидном остеопорозе, эндометриозе, идиопатическом остеопорозе, нервной анорексии, остеопорозе, ассоциирующемся с беременностью и лактацией, и ряде других состояний. Тем не менее практика применения средства имеет ряд ограничений, в частности, следует помнить, что нет подтверждений его способности снижать риск переломов, а продолжительность лечения **составляет не более 24 мес**, после чего показана антирезорбтивная терапия<sup>32</sup>.

Полноценных описаний влияния терипаратида или деносуаба на течение беременности и плод нет; все исследования были ограничены изучением влияния лекарств на лабораторных животных<sup>33</sup>. В связи с этим применение этих препаратов **в период гестации противопоказано**.

[ Для лечения остеопороза в менопаузе используют те же средства, что и при постменопаузальном остеопорозе: антирезорбтивные (преимущественно бисфосфонаты) и костно-анаболические (терипаратид). ]

Библиографию см. на с. 76–82.

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ  
ШКОЛА-ИНТЕНСИВ

**УЗИ**

**КАЖДОМУ АКУШЕРУ-  
ГИНЕКОЛОГУ**

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ИНТЕНСИВНЫЙ МАСТЕР-КУРС  
**Погружение №2**

**6-7 СЕНТЯБРЯ**  
2025 ГОДА

**ОНЛАЙН**

**УЗ-диагностика в гинекологии,  
маммологии и акушерстве**

Для опытных врачей, уже изучивших базовые аспекты УЗ-исследований в гинекологии, маммологии и пренатальной диагностике, но желающих освоиться в их нюансах.

УЗ-диагностика в репродуктивной гинекологии пациенток, страдающих бесплодием.

УЗ-исследование тазового дна и пролапса тазовых органов.

УЗ-диагностика при многоплодной беременности: инструкция от А до Я. Разбор клинических случаев.

Алгоритмы комплексной диагностики образований молочной железы.

Юридическая безопасность врача УЗ-диагностики: ключевые правила.



**Основатель и руководитель  
школы** – канд. мед. наук  
Емельяненко Елена Сергеевна,  
дипломированный (FMF) эксперт  
мирового уровня





casuistica

Для библиографических ссылок

• Климова О.И., Корикова Т.В., Конторина Н.И. Дисфункция тазового дна: работа над ошибками и «горожная карта» как план эффективного лечения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №2 (119). — С. 69–74.

# StatusPraesens

# маленькими шагами к большой цели

Дисфункция тазового дна: работа над ошибками и «дорожная карта»  
как план эффективного лечения



**Авторы:** Ольга Ивановна **Климова**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФНМО Медицинского института РУДН; Татьяна Витальевна **Корикова**, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог ООО «ММЦ УРО-ПРО»; Наталья Ивановна **Конторина**, врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики клиники «Медикал Он Груп — Мытищи» (Москва)

**Копирайтинг:** Ирина Ипастова

В современных реалиях сложился довольно негативный тренд. Практически каждая **вторая-третья** женщина на протяжении значительного периода жизни вынуждена уживаться с проявлениями дисфункции тазового дна (ДТД) — и далеко не каждая приходит с такими неловкими жалобами к врачу. Даже если пациентка обратилась за медицинской помощью, **желаемого результата она может не получить**.

Такому исходу способствуют завышенные показания к оперативному лечению и ассоциированные с ним **высокая частота осложнений** (около 30%) и необходимость в **повторной** хирургической коррекции (в среднем у 10%). С другой стороны, довольно типична ситуация, когда из всего сочетания консервативных и малоинвазивных методов какой-либо один игнорируют, что приводит к потере всего остального арсенала возможностей. Например, делают инъекции гиалуроновой кислоты в большей, чем это необходимо, дозировке.

В итоге достичь хорошего терапевтического результата не удаётся, хотя пациентка уже на приёме, а у врача есть средства терапии. Именно поэтому в этой статье речь пойдёт о **работе над ошибками** и «**дорожной карте**», которая может стать своеобразным навигатором, помогающим клиницистам эффективно планировать лечение. Во многих случаях с ДТД можно справиться консервативными и малоинвазивными методами.

**П**режде всего ДТД — это собирательное понятие, объединяющее несколько нозологических форм, возникающих вследствие нарушения функции мышц тазового дна и поврежде-

дения соединительной ткани его связочного аппарата. Согласно консенсусному совместному отчёту Международной урогинекологической ассоциации (International Urogynecological Association,

[ ДТД — собирательное понятие, объединяющее несколько нозологических форм, возникающих вследствие нарушения функции мышц тазового дна и повреждения соединительной ткани его связочного аппарата. ]

IUGA) и Международного общества по проблемам недержания мочи (International Continence Society, ICS), выделяют следующие подкатегории:

- пролапс тазовых органов;
- непроизвольное мочеиспускание;
- сексуальную дисфункцию;
- диспареунию;
- дисфункцию кишечника<sup>2</sup>.

ДТД охватывает в среднем 32–46% взрослого женского населения — представить только, как это угнетает сексуальность, уверенность в себе и лишает комфорта<sup>3–5</sup>! Так, например, по результатам масштабного исследования (США, 2022), в котором собрали сведения о 25,5 тыс. пациенток учреждений первичной медицинской помощи, как минимум один симптом дисфункции имели 32% участниц, два — 5,5%, три — 1,1%<sup>3</sup>. Чаще всего ДТД манифестировала в виде дисфункции кишечника (25%), недержания мочи (11%), выпадения тазовых органов (4,4%)\*.

## Шлифуем тактику

Одна из проблем при ведении пациенток с ДТД — запоздалая диагностика. А она в свою очередь может привести к вынужденно более радикальным вмешательствам в случаях, где можно было бы обойтись консервативными и малоинвазивными методами при своевременном оказании помощи.

## [ Симптомы ДТД: сексуальная дисфункция, потеря вагинальной чувствительности, выпадение тазовых органов и болевой синдром в области таза. ]

Главным образом поздняя диагностика обусловлена тем, что с момента первых значительных проявлений ДТД до манифестации её симптомов проходит около 10 лет. Ухудшает положение и то, что пациентки редко сами предъявляют жалобы, о которых им неловко говорить вслух, что также затягивает момент обращения к специалисту.

Напомним, к симптомам ДТД относят признаки сексуальной дисфункции, в частности, диспареунию, потерю вагинальной чувствительности; недержание мочи, кала и газов, выпадение тазовых органов, болевой синдром в области таза.

Вот почему клиницисту важно задать пациентке наводящие вопросы для получения необходимой информации. Сделать это можно с помощью анкетирования до приёма врача, опросников.

Другая причина несвоевременной диагностики — игнорирование арсенала диагностических методов, которыми на сегодняшний день обладает специалист. Иногда врач пренебрегает анкетированием, перинеометрией, УЗИ тазового дна, нагрузочными пробами. Всё это «смазывает» диагностиче-

скую картину, не позволяя собрать пазл воедино. А сделать это нужно максимально оперативно, пока функциональные и эстетические недостатки не слишком выражены.

Ниже представлен рутинный диагностический маршрут, позволяющий получить достаточное количество информации.

1. Сбор жалоб (в том числе с помощью наводящих вопросов, см. выше).

2. Осмотр. Позволяет увидеть изменения внешнего вида наружных половых органов — зияние половой щели, снижение эластичности и тургора тканей; выявить сухость или патологические выделения из половых путей.

3. Выполнение нагрузочных проб — Вальсальвы и кашлевого стресс-теста. С их помощью диагностируют пролапс тазовых органов, определяют подтекание мочи, выделения газов или кала.

4. Перинеометрия. Метод даёт возможность оценить тонус и силу сокращения мышц тазового дна.

5. Ультразвуковое вагинальное или перинеальное сканирование в покое и при нагрузочных пробах. Эти исследования помогают определить высоту сухожильного центра, увидеть диастаз бульбокавернозных мышц, изменения анальных сфинктеров<sup>6,7</sup>. Это рутинные методы в практике врача, занимающегося эстетической гинекологией, поскольку именно они позволяют оценить возможность проведения хирургических либо консервативных процедур.

6. Анкетирование. Правильные вопросы помогут точнее определить диагноз. Это субъективная оценка, но именно она порой имеет наиболее ценное диагностическое значение.

• Испытывает ли пациентка ощущение «широкого» влагалища?

• Беспокоят ли изменения наружных половых органов?

• Попадает ли во влагалище вода, воздух во время плавания или иной физической активности?

• Случалось ли недержание мочи при кашле, чихании или физической нагрузке, приводящей к повышению внутрибрюшного давления?

7. Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) по показаниям<sup>8–10</sup>:

• Когда выбор метода может значимо повлиять на результаты лечения.

• В рамках начальной и долгосрочной программы наблюдения при некоторых типах нейрогенной дисфункции нижних половых путей.

• У пациентов с рецидивами недержания мочи после хирургических операций по его устранению.

• В случае осложнённого недержания мочи.

Не рекомендовано рутинное выполнение КУДИ, включающего измерение скорости потока мочи (урофлоуметрию), цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения, всем пациенткам при проведении консервативного лечения недержания мочи<sup>11</sup>.

Особого внимания заслуживают пациентки с такими факторами риска ДТД, как:

• высокий паритет;

• гормональные изменения, обусловленные дефицитом эстрогенов;

• травматические повреждения промежности во время родов через естественные родовые пути;

\* Авторы «взяли под прицел» только три симптома, и вполне вероятно, что будь охват шире, данные о частоте ДТД поползли бы вверх.



© Daria Bulgakova / Komercys/stock

- дисплазия соединительной ткани;
- заболевания, сопровождаемые повышением внутрибрюшного давления (обструктивные заболевания лёгких, констипация);
- возраст;
- генетическая предрасположенность;
- высокий индекс массы тела.

## Персонализированный подход

В эстетической гинекологии не может быть единого терапевтического лекала. Методы выбора должны быть **персонализированными**, необходимо учитывать габитус, репродуктивный анамнез, способы родоразрешения, осложнения в послеродовом периоде. И тем не менее в действительности основным видом помощи при ДТД остаётся **хирургическая коррекция**, потеснившая остальные возможности.

Безусловно, эффективность операции высока — 95%. Однако, как было отмечено выше, **три из десяти** прооперированных сталкиваются с **осложнениями**, у каждой **десятой** возникает необходимость в **повторном** хирургическом вмешательстве<sup>1</sup>.

В списке **возможных негативных последствий** операции повреждения и нарушения функции мочевого пузыря, кишечника; свищи, эрозии влагалища после сетчатых имплантатов, диспареуния, хроническая тазовая боль<sup>1,12,13</sup>. Частота осложнений находится в прямой зависимости от возраста, профиля коморбидных заболеваний, степени выраженности пролапса<sup>14</sup>.

**[ В эстетической гинекологии не может быть единого терапевтического лекала. Методы выбора лечения должны быть строго персонализированными. ]**

Многие симптомы ДТД можно нивелировать без скальпеля, непосредственно на приёме<sup>8,9,14,15</sup>. Особенно перспективны на сегодняшний день инъекции гиалуроновой кислоты, аутологичной плазмы, лазерный фототермолиз и установка нитевых имплантатов — все эти методы позволяют **остановить** прогрессирование заболевания<sup>8,9,14,15</sup>.

К хирургическому лечению следует прибегнуть лишь в исключительных случаях, когда больше **ничем** помочь невозможно. Оно должно иметь **ограниченный** перечень показаний, в частности:

- цисто- и ректоцеле III–IV степени;
- неэффективность консервативного лечения;
- стрессовое недержание мочи;
- разрывы и иные травмы промежности.

В качестве альтернативы хирургическим способам лечения ДТД существует целый спектр **консервативных** и **малоинвазивных** методик.

- Лечебная физкультура.
- Мануальные и остеопатические методы.
- Тренировка мышц тазового дна.
- Установка пессария.
- Электростимуляция.
- Аутоплазмотерапия.
- Контурная пластика филлерами.
- Радиочастотный лифтинг.
- Лазерный фототермолиз.
- Нитевые имплантаты.

При планировании терапевтического маршрута следует опираться на два принципа.

Первый — **принцип повышения инвазивности**, от меньшего к большему<sup>16,17</sup>. **Сначала** используем консервативные техники: ударно-волновую терапию, лечение по методу биологической обратной связи, нейромодулирующие технологии. **Далее идут** малоинвазивные методики: установка нативных имплантатов, инстилляция мочевого пузыря, ботулинотерапия, применение аутологичной плазмы. **И только потом** разумно переходить к хирургической коррекции. Исключением могут быть симптомы ДТД, ассоциированные с повреждением тазовой фасции и дефектом *m. levator ani*. В этом случае методом выбора должно быть оперативное лечение<sup>17</sup>.

Согласно **второму** принципу, терапевтическим воздействием важно охватить все компоненты, вовлечённые в патогенез ДТД, — **мышцы, фасции, иннервацию**. Для этого принципиально **сочетать несколько методов**.

Неразумно использовать исключительно один вид лечения; только при многоцелевом воздействии можно решить функциональные и эстетические проблемы. Кроме того, комбинация методов позволяет получить **синергический эффект**, когда результат действия двух и более техник вместе выше, чем по отдельности.

Пока у практикующих специалистов нет алгоритма, который можно было бы взять **за основу** в своей работе и скорректировать в зависимости от конкретной клинической ситуации, целей, возможностей клиники. Поэтому ниже **в помощь врачам** представлена **«дорожная карта» по лечению**, составленная авторами настоящей статьи. Её можно взять за образец.

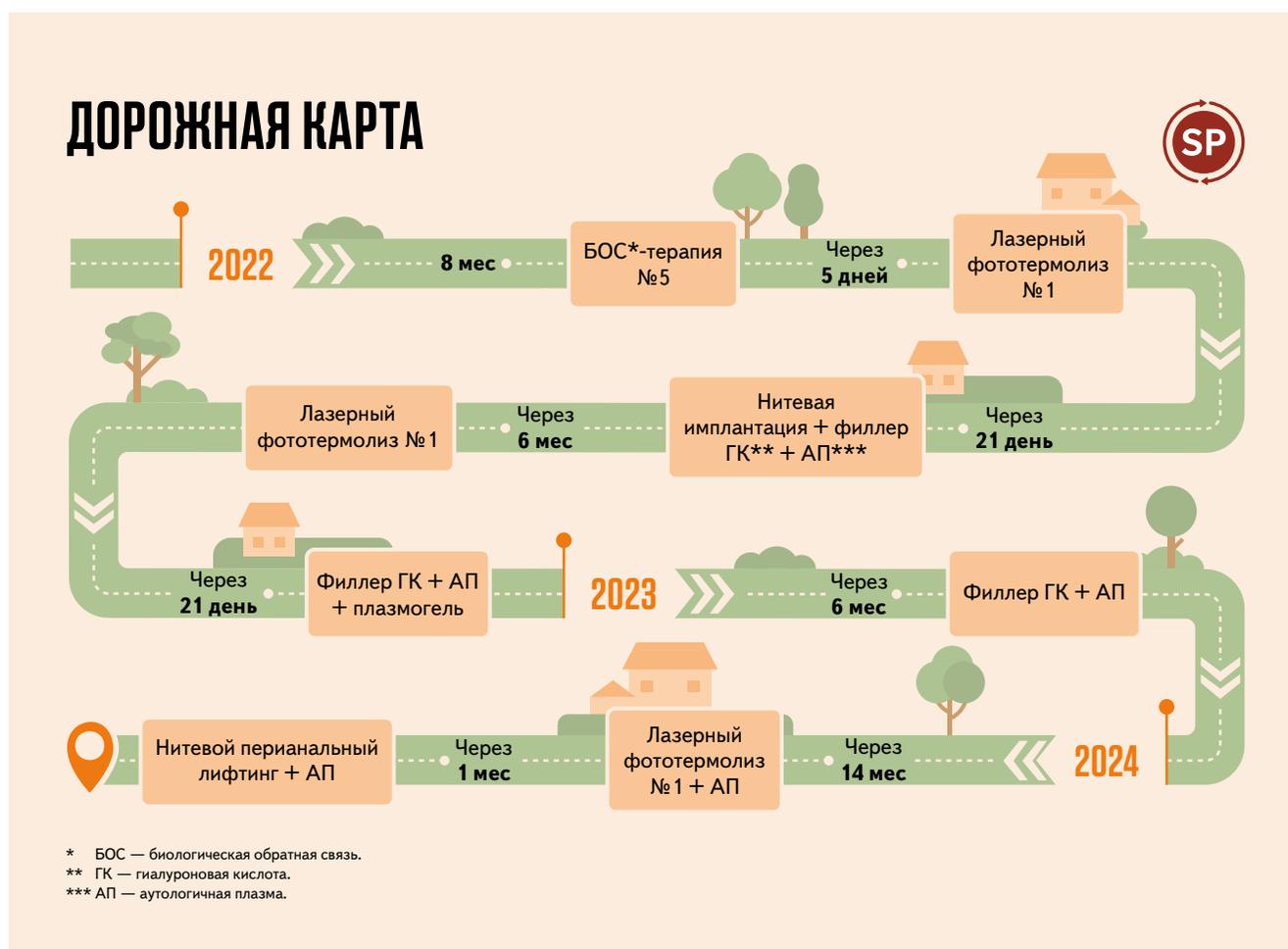
Это опыт использования «карты» на примере реального клинического случая.

## Маршрут по «дорожной карте»

К врачу обратилась пациентка 45 лет, имеющая в анамнезе **три перенесённых эпизиотомии**. Её жалобы (а именно: выделения из половых путей, снижение чувствительности при половом акте, периодические боли внизу живота, сухость в области наружных половых органов и влагалища) указывали на ДТД.

Было решено провести дообследование, чтобы определиться с тактикой — прибегнуть к операции или бороться консервативными методами.

- При осмотре мы увидели зияние половой щели, болезненность в области эпизиотомного рубца, пролапс гени-



талей, плотные болезненные тяжи в проекции боковых стенок влагалища.

- По результатам **перинеометрии** — снижение тонуса мышц тазового дна.
- По данным **лабораторного обследования** отклонений не было.
- При **УЗИ** определили пролапс гениталий, ДТД.
- Данные анкетирования позволили подтвердить **синдром вагинальной релаксации**, недержание мочи и сексуальную дисфункцию.
- Урофлоуметрия** — без отклонений.

На основании собранных данных мы **диагностировали** следующие состояния: «Недостаточность мышц тазового дна. Неполное опущение тела матки и стенок влагалища II стадии. Рубцовая деформация промежности. Непроизвольное мочеиспускание. Эндометриоз матки».

**Цель** лечения состояла в нивелировании функциональных и эстетических недостатков: устранить зияние половой щели, улучшить чувствительность при половом акте, восстановить архитектуру органов малого таза.

Перед началом терапии мы обязательно подробно обговариваем детальный план лечения («дорожную карту») с пациенткой, и она подписывает информированное добровольное согласие.

Лечение провели в соответствии с «дорожной картой».

- Для устранения пролапса гениталий — выполнили курс **электромиостимуляции** мышц тазового дна (БОС-терапия).
- Для сокращения кожного лоскута — установили **нитевые имплантаты**.
- Для ликвидации симптомов вагинальной релаксации, поддержания лубрикации — провели интимную **контурную пластику** филлером на основе гиалуроновой кислоты и нативной аутоплазмы. Курс — 3 раза с интервалом в 6 мес.
- Для коррекции зияния половой щели — установили **перинеальные нити**.
- Для стимуляции неокollaгеногенеза — выполнили лазерный **фототермолиз** неодимовым лазером в промежутках между нитевой имплантацией и интимной контурной пластикой (три процедуры).

Лечение заняло 2 года, и в течение этого времени пациентка выполняла все врачебные рекомендации. Была проведена колоссальная работа, позволившая нивелировать симптомы ДТД. Так, удалось устранить зияние половой щели, улучшить чувствительность при половом акте, восстановить архитектуру органов малого таза. При определении **индекса женской сексуальности** получили показатель 21 балл, что указывает на



До лечения. Зияние половой щели, пролапс гениталий.



После лечения. Восстановление архитектуры наружных половых органов, устранение симптомов вагинальной релаксации.



хорошее половое влечение; при оценке индекса вагинального здоровья — 25 баллов, что также свидетельствует о норме.

По бимодальной шкале оценки жалоб и согласно опроснику PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire) у пациентки жалоб нет.

В течение 2 лет женщина находилась под наблюдением. Результаты УЗИ, выполненного в динамике, представлены в таблице. Из неё видно, что диастаз **бульбокавернозных мышц**

**уменьшился с 15 до 5 мм.** Нормализовалась высота сухожильного центра. Появилась возможность провести ремоделирование мягких тканей. Отсутствуют грубые патологические отклонения при пробе Вальсальвы: угол  $\alpha$  уменьшился с 43 до 29°.

Почему мы получили такой результат? Это и **кропотливая работа** по выявлению жалоб и субъективных ощущений, и построение поэтапной стратегии с соблюдением принципов инвазивности и стадийности, и «дорожная кар-

та». Мы использовали вышеуказанные **пять методов** с разными «точками приложения», благодаря чему удалось воздействовать на все компоненты тазового дна. Немаловажным было и то, что женщина выполнила все врачебные рекомендации.



На сегодняшний день очевидно, что при разумном сочетании **консервативных** и **малоинвазивных** методик можно бороться с функциональными и эстетическими недостатками аногенитальной области. Важно использовать доступный арсенал методов и не запаздывать с диагностикой, чтобы успеть до развития существенных клинических проявлений ДТД.

И в заключение: при ведении пациенток с симптомами, ассоциированными с ДТД, хорошо работает концепция **«маленьких шагов на пути к цели»**. Небольшие и последовательные — по ходу диагностического поиска, а затем и в лечении, — они позволяют добиться **очень больших** результатов.

Улучшить качество жизни женщин, помочь им чувствовать себя уверенно и комфортно — это очень важно и **настоящему ценно.** 

### Результаты УЗИ тазового дна с нагрузочной пробой

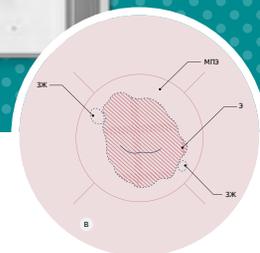
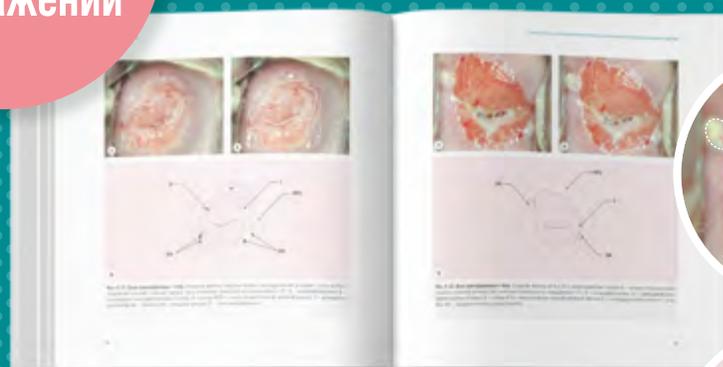
Показатель	Год			Норма
	2022	2023	2024	
Высота сухожильного центра, мм	7	10	10	≥10
Угол $\alpha$ (угол инклинации уретры)	43°	33°	29°	20°
Угол $\beta$ (задний везико-уретральный)	Задняя стенка мочевого пузыря ниже нижнего края лона	Сглажен	137°	110°
Бульбокавернозные мышцы и их диастаз, мм	5,6/4,5 15	6,4/5,6 12	7,6/8 5	10–22 Отсутствует диастаз
Длина уретры, мм	36	32	32	30–50
Поперечная мышца промежности, см	1,2	1,4	2	3
Лобково-прямокишечная мышца, мм	6	6	6	7

Библиографию см. на с. 76–82.

**БЕСТСЕЛЛЕР!**

**ЕДИНСТВЕННЫЙ  
В РОССИИ  
ОБУЧАЮЩИЙ  
АТЛАС**

**Более 300  
уникальных  
изображений**



**ПРОЙДИТЕ ПУТЬ  
от кольпофотограммы  
к графическому  
кольпоскопическому заключению!**

По вопросам приобретения: +7 (901) 723 2273 (WhatsApp); praesens.ru

