

Нерешенные проблемы современной гинекологии: *Quo vadis?*

В. Е. Радзинский, М. Б. Хамошина

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Unsolved Problems in Modern Gynecology: *Quo vadis?*

V. E. Radzinskiy, M. B. Khamoshina

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

*То немногое, что известно в мире о медицине,
известно очень немногим врачам.
Габриэль Гарсиа Маркес*

*Решение проблемы — это не ответ, а вопрос.
Нильс Бор*

Проблемы медицины в наши дни тесно переплетаются с социальными и демографическими [7, 27]. Несмотря на четкую тенденцию к снижению рождаемости во всем мире [17], в одних странах ввиду перенаселенности вынуждены регламентировать число детей в семье, в других — пытаются предотвратить депопуляцию. И в том и в другом случае медицинские аспекты, касающиеся деторождения, остаются чрезвычайно актуальными.

Современная гинекология, идеологический вектор которой направлен на здоровую фертильную женщину, не может существовать в отрыве от этой проблемы. Цифры сухой статистики говорят сами за себя: в 2015 году в России проживало 146,3 млн человек, и в его первом полугодии по сравнению с тем же периодом 2014 года население страны уменьшилось на 35 000 человек [28]. Средняя детность российских семей не превышает 1,8, в то время как для простого воспроизводства необходимо 2,15 ребенка в семье. Прогноз на текущее столетие весьма пессимистичен: к 2100 году население в РФ должно уменьшиться на четверть (на 24,0%) — со 146 млн человек в 2000 году до 111 млн человек в 2100 году [6].

Женщины, рожденные в 80-е годы, уже предположительно реализовали свой репродуктивный потенциал, что позволило ликвидировать «русский крест», но не более того [28]. А кто будет рожать в ближайшее десятилетие? По данным Росстата (2015), за последние двадцать лет доля детей и подростков в общей структуре населения снизилась на 24,8%, о чем мы заговорили одними из первых [17, 30]. В последние десять лет темп снижения этого показателя замедлился (от -19,2% до 2005 г. до -6,9% после 2005 г.), а с 2010 года он даже имеет тенденцию к росту (на 2,7%). Однако начиная с 2006 года и по сей день репродуктивный резерв нации в масштабах страны не достигает 20%, что является одним из самых серьезных показателей сохраняющейся угрозы депопуляции [29, 42].

«Свято место пусто не бывает». В современных социально-демографических условиях «проблему внутри проблемы» составляют мигранты, и практикующий гинеколог регулярно сталкивается с вопросами оплаты и легитимности оказания

как экстренной, так и плановой (в том числе дорогостоящей!) помощи лицам, не имеющим полиса и/или гражданства. Путей реального выхода из сложившейся ситуации пока нет.

На репродуктивном портрете нации лицо современной россиянки прикрыто плотной вуалью сформировавшегося в популяции эколого-репродуктивного диссонанса [34]. Действительно, за прошедшие без малого полтора столетия характеристики реализации репродуктивной функции женщины изменились коренным образом: менархе снизилось с 16–17 до 12–13 лет, среднее число рожденных детей уменьшилось вчетверо (с 7 на рубеже 19–20-го веков до 1,7 к концу второго десятилетия 21-го века), количество менструальных циклов, не завершаемых наступлением беременности, возросло более чем в 6,5 раза (с 60 до 400), соответственно число овуляций почти учетверилось. Вместе с тем общая продолжительность грудного вскармливания в течение жизни женщины с без малого 12 лет снизилась до года-полутора, максимум двух (и это при наличии в семье более одного ребенка) [34]. Налицо не предусмотренная природой гиперактивность репродуктивной оси, очевидные последствия которой имеют прямое отношение к деятельности гинекологических стационаров и женских консультаций (заболевания половых органов и молочных желез, бесплодие и репродуктивные потери, риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности) [13, 21]. Но есть и скрытая часть айсберга — износ системы, что проявляется более ранним наступлением менопаузы вплоть до развития преждевременной недостаточности яичников у женщин, на календаре репродуктивного периода жизни которых перевернуты еще далеко не все листы. И это притом, что в целом в популяции менопауза у сегодняшних пятидесятилетних наступает позже, чем у их бабушек и прабабушек [34]. Как сказано у Л. Н. Толстого, «... в бальную залу вошла старуха... 39 лет». Это было время, когда период климактерия начинался в 40 лет — в возрасте, в котором современные женщины еще всерьез примеряют на себя платье для беременных («не получится так — пойду на ЭКО»)!

Радзинский Виктор Евсеевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института РУДН, засл. деятель науки РФ. 117193, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Хамошина Марина Борисовна — профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института РУДН, д. м. н., профессор. 117193, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: mbax999@mail.ru

Следует признать, что корни эколого-генеративного диссонанса лежат глубоко в детстве и пубертате и уходят во внутриутробный период. Известно, что конечный уровень репродуктивного здоровья будущей матери определяют факторы, формирующие ее репродуктивный потенциал, состояние здоровья к концу пубертата — зоны ответственности гинеколога детского и подросткового возраста [17, 30]. Девушки-подростки сегодня намного более болезненны даже в сравнении со своими матерями, которые вдвое старше [17], что автоматически порождает целый ряд репродуктивно значимых проблем [42].

Традиционно к острым углам детской и подростковой гинекологии относят инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, ювенильную беременность и аборт, гиперандрогению, дисменорею, расстройства менструации, обусловленные нарушением становления менструального цикла [33]. Однако в последние годы у подростков все чаще регистрируются повторные (до 47% в общей структуре аборт до 19 лет!) и осложненные аборт, трофобластические заболевания, бесплодие и невынашивание беременности, эндометриоз, что также перекликается с проблемой эколого-репродуктивного диссонанса [21, 34].

ВОЗ постулирует три правила сохранения репродуктивного здоровья подростков:

- предупреждение нежелательной беременности — использование надежных методов контрацепции;
- предупреждение ИППП — использование презерватива;
- предупреждение отчаянных, необдуманных поступков — убеждение и здравый смысл [40].

Все три этих правила в равной мере применимы к проблеме непланируемой беременности, исходом которой у 8 из 10 юных и молодых женщин становится аборт [29].

Лучший аборт в любом возрасте — «аборт, которого не было» [24], под этим слоганом готов подписаться любой клиницист и организатор здравоохранения, равно как и просто врач и человек. Однако аборт, число которых у россиянок продолжает оставаться нецивилизованно большим, несут конкретную угрозу «репродуктивному завтра» страны, повышая (уровень доказательности — А) риск недонашивания беременности, преждевременных родов, преждевременного излития вод, рождения маловесного плода, приращения плаценты и эндометриоза/аденомиоза [21, 32]. Гинекологи в принципе работают ради того, чтобы акушеры не оставались без работы. Вместе с тем аборт остается одной из причин материнской смертности в России, неся ответственность за каждый восьмой случай материнских потерь. Вкупе с сепсисом — за каждый седьмой [36].

И здесь возникает вопрос: почему аборт, непланируемая беременность, которую можно предупредить, до сих пор остаются нерешенной проблемой современной гинекологии? Возможно, потому, что воинствующая гормонофобия (или все же равнодушие?) не позволяет всем так или иначе причастным к проблеме профилактики непланируемой беременности признать и осознать, что использование контрацепции, наряду с внедрением медикаментозного аборта, реально снижает материнскую смертность, а как инструмент регулирования интергенетического интервала — еще и перинатальную смертность [23].

Следует подчеркнуть, что на практике аборт в России по-прежнему преимущественно хирургический, вопреки реальному удешевлению и полной легитимности использования фармакологического аборта, имеющего огромный список преимуществ перед варварским по отношению

к эндометрию острым кюретажем, запускающим в его тканях каскад посттравматических изменений. Эти изменения имеют воспалительную (а впоследствии — аутоиммунную) подоплеку, а их типичным исходом является хронизация процесса [17, 18].

Доступность для женщин репродуктивного возраста, в том числе подростков, адекватной контрацептивной помощи сегодня позволяет не только снизить частоту (или вовсе исключить, если индекс Перля — ноль! [32]) аборта, его осложнений и риск возможных последствий непланируемой беременности (включая материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность) на уровне популяции, но и создать условия для прекоцепционной подготовки, а также обеспечить персонифицированное планирование беременности с учетом индивидуального акушерского и перинатального риска, который современные контрацептивы (гормональные, в частности) доказательно позволяют уменьшить [34, 37]. Актуально ли это для клинициста?

Накопленная база данных, основанных на доказательствах, свидетельствует, что современные низкодозированные оральные, прежде всего комбинированные, гормональные контрацептивы обладают поистине фантастическими возможностями в отношении охраны репродуктивного здоровья и повышения репродуктивного потенциала женского населения — от купирования анемического синдрома в результате снижения менструальной кровопотери до уменьшения риска рака эндометрия и яичников [23, 29]. Овариопротекция при лечении некоторых онкологических заболеваний, снижение частоты колоректального рака, ревматоидного артрита, язвы желудка, уменьшение риска доброкачественных дисплазий молочных желез, коррекция дисменореи и сексуальной дисфункции — вот далеко не полный перечень их достижений [13, 23]. Отдельные представители этого класса препаратов, в соответствии с инструкцией, способны излечить акне, избавить от предменструального синдрома и аномальных маточных кровотечений, снизить риск фолатзависимых дефектов нервной трубки [32]. Вместе с тем контрацепция («опять эти гормоны!») по-прежнему остается камнем преткновения современной гинекологии в масштабах страны. Страны, на территории которой заболеваемость расстройствами менструации с начала текущего столетия возросла на 68,4%, эндометриозом — на 85,9%, а женским бесплодием — на 76,4%! Казалось бы, чего не сделаешь в такой ситуации, но нет. Только не гормоны, «это вредно» [23]. Прав был Лев Николаевич Толстой: «Не бойся незнания, бойся ложного знания. От него все зло мира». Одним из путей решения проблемы, на наш взгляд, является последипломное образование специалистов, попытки оптимизации которого сегодня налицо.

Серьезной и, безусловно, нерешенной проблемой современного гинеколога остается организация его деятельности. Наряду с продолжающейся стандартизацией оказания помощи, совершенствованием клинических протоколов чрезвычайно остро стоит вопрос регламентирования работы с пациенткой. Реально в распоряжении клинициста 15 минут (от 12 до 22 минут, по данным опроса врачей московских женских консультаций [24]) на одну женщину — сегодня, особенно при необходимости внесения информации в компьютерную базу данных вручную, этого крайне мало. А когда же думать, проводить дифференциальную диагностику? Сказать пациентке лишний раз доброе слово? Эту проблему еще предстоит решать, и, надеемся, все же решить.

С чем чаще всего сталкивается практикующий врач, с чем женщины обращаются к гинекологу? Безусловно,

это выделения из половых путей (патологические бели), кровотечения, тазовые боли и диспареуния, бесплодие, реже — пролапс гениталий, недержание мочи и/или сексуальная дисфункция. Типичные клинические ситуации, но причин для каждой может быть несколько. Поэтому столь важно правильно определить главное направление диагностического поиска.

Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза у женщин — сложная и недостаточно изученная проблема с серьезными медицинскими, социальными и экономическими последствиями [3] как во всем мире, так и в России, стране, где с начала текущего столетия зарегистрированная заболеваемость (больных с впервые в жизни установленным диагнозом на 1000 человек населения) болезнями мочеполовой системы возросла на 30,3% (2000 г. — 37,6; 2015 г. — 49,0%).

Казалось бы, о необходимости соблюдения принципа двухэтапной терапии при лечении вагинальных инфекций все уже сказано: изолированное и/или необоснованное применение антимикробных препаратов не только не снижает частоту дисбиотических нарушений, но, напротив, повышает риск инфекционно-воспалительных заболеваний, в том числе после оперативных вмешательств на шейке матки или промежности [20]. Причина данного парадокса заключается в усугублении уже имеющегося дисбаланса вагинального биоценоза, что вредит здоровью женщины порой больше, чем отсутствие такого лечения вообще [3, 19].

Все это перекликается с такой проблемой мирового масштаба, как антибиотикорезистентность. В широком ее смысле, резистентными ведь могут стать не только бактерии, но и грибки и другие микроорганизмы. В последние годы последствия нерационального применения антибиотиков (усугубление аутоиммунной агрессии, микотические поражения, развитие дисбиотических состояний, восходящее инфицирование) признаны чрезвычайными ввиду резкого снижения количества разрабатываемых и внедряемых в клиническую практику новых антимикробных препаратов и прогрессивно растущего числа ятрогенных осложнений (лекарственные гепатиты и пр.) [17].

Прежде всего инфекцию нужно **выявить и доказать, что он является возбудителем** инфекционно-воспалительного процесса. Однако в рутинной практике врач не только не всегда действует в соответствии с имеющимися клиническими протоколами, но и порой совершает действия, идущие вразрез со здравым смыслом. Один из реальных примеров — пациентка жалуется на боли в животе, температуры нет, патологические бели отсутствуют. В анамнезе пять вхождений в брюшную полость, в том числе тубэктомия справа, ЭКО, двойня, год и восемь месяцев назад кесарево сечение. Кормит грудью. Микроскопически — лейкоциты единичные, флора палочковая, споры дрожжевых грибков. Делается бактериологическое исследование — кишечная палочка 10^5 , грибки рода кандиды 10^8 , энтерококк 10^6 . Врач назначает левофлоксацин (Таваник) (!) на 5 суток, а к нему на всякий случай метронидазол + миконазол (Нео-Пенотран), хлоргексидин (Гексикон), лактогин (Вагилак) и лоратадин (Кларитин) — по 1 таблетке 3 раза в день. Лечим анализ? Наблюдение реальное, при этом, кстати, по поводу лактации на фоне левофлоксацина (Таваника) — никаких комментариев. И диагноза нет. А лечение — есть. Антибактериальное.

Пожалуй, ни одно воспалительное заболевание гениталий столь широко не обсуждалось в разрезе обоснованности антибактериальной терапии, как хронический эндометрит.

Исследователи последнего десятилетия единодушны: проблема хронического эндометрита чрезвычайно актуальна как для гинекологов амбулаторного звена (невываживание беременности, скудные менструации), так и для врачей стационаров (аномальные маточные кровотечения, развивающаяся беременность) и репродуктологов клиник ВРТ (необходимость дополнительного этапа подготовки к включению в программы ЭКО и ПЭ ввиду прогностически низкой рецептивности эндометрия) [8, 9].

Вместе с тем остаются нерешенными многие вопросы — от терминологии до верификации и лечения этого заболевания [17]. Оценка состояния эндометрия предусматривает использование УЗИ, гистероскопии, иммуногистохимических методов, бактериологического и ПЦР-исследования. Однако «золотым стандартом», безусловно, остается морфологическая верификация, а наиболее приемлемым алгоритмом диагностики — офисная гистероскопия и пайпель-биопсия [8].

По-прежнему много контраверсий в разработке алгоритмов комплексного подхода к лечению и ведению пациенток с ВЗОМТ, их реабилитации. Четкие критерии обоснования антибактериальной терапии, использование кавитированного ультразвуком раствора, физиолечение, ферментные препараты — далеко не полный перечень предметов интереса исследователей и клиницистов.

Среди всех как одну из наиболее острых следует обозначить проблему хронической тазовой боли [1, 15]. Она не решена во всем — от дефиниций до терапии. Несмотря на наличие отдельного раздела в МКБ-10, посвященного боли, ассоциированной с гинекологическими заболеваниями (класс XIV, N94), несмотря на существование хронической тазовой боли как самостоятельной нозологической единицы, ответ на вопрос «Почему гинекологи не выставляют этот диагноз?» остается за кадром. Его попросту нет. Вместе с тем если боль длится свыше 6 месяцев и сопровождается вовлечением в патологический процесс ЦНС, а посредством ее — всех систем организма, подходы к лечению кардинально меняются, менеджмент таких пациенток требует междисциплинарного и осмысленного подхода. Зачастую причина болевого синдрома надежно закамуфлирована и специалист «воюет» с верхушкой айсберга, типично выставляя диагноз ВЗОМТ, реже — эндометриоза, но вовсе забывая о варикозном расширении вен, синдроме Аллена — Мастерса, ортопедической дисфункции наконец [10, 15]. Между тем такие пациентки в первую очередь требуют адекватного обследования, обоснованного применения **визуализирующих методик** (прежде всего гистероскопии и лапароскопии, а также МРТ и КТ малого таза), позволяющих выставить правильный диагноз [2, 15, 21].

Диагностика сама по себе — проблема внутри проблемы, решение которой «не ответ, а вопрос» [43]. Затратность и/или инвазивность современных высокоинформативных методов исследования, пассивность врача и/или пациентки либо, напротив, чрезмерная активность (ПЦР — всем!) влекут за собой отсрочку постановки диагноза или гипердиагностику, что зачастую сопровождается хронизацией процесса, нарушением детородной функции, прогрессированием болезни или развитием ее осложнений, которые могут потребовать оперативного лечения [10, 21]. Не менее пагубны последствия врачебной агрессии, хирургической или фармакологической.

«Золотым стандартом» в диагностике большинства заболеваний органов малого таза остается **лапароскопия**, позволяющая определить характер и топик поражения и одновременно выполнить весь необходимый объем

хирургических лечебных мероприятий [21, 26]. Однако возможности эндоскопической хирургии сегодня все еще реализуются не в полной мере — отчасти ввиду недостаточных умений и навыков хирурга (известная грань проблемы — разрывы матки во время беременности или в родах после «выжигаются» миомэктомии [22]), отчасти из-за недоукомплектованности его рабочего места, отсутствия на практике круглосуточной возможности выполнить лапароскопическое вмешательство. Далеко не все современные энергии и технологии (интраоперационной профилактики спаечного процесса, например) доступны каждому практическому врачу. Вместе с тем было бы желание учиться: именно лапароскопическая хирургия одной из первых продемонстрировала огромные возможности хорошо оснащенных тренажерных центров, использования обучающих симуляционных методик.

Современный подход к оперативному лечению гинекологических заболеваний основан на органосохраняющем принципе, будь то миома матки, эндометриоз, доброкачественные заболевания придатков матки или синдром поликистоза яичников [22]. Сохранить орган, сберечь овариальный резерв либо вовсе не оперировать — вот постулаты современности, особенно у женщин репродуктивного возраста [5, 10]. Последнее стало возможным при появлении данных, основанных на доказательствах эффективности препаратов, позволяющих избежать оперативного вмешательства. Это и «старые знакомые» — внутриматочная терапевтическая левоноргестрел-выделяющая система [38], и более новые лекарственные средства — улипристала ацетат, диенгест [10, 22]. В ситуации, когда операция противопоказана или нежелательна, они могут стать незаменимыми помощниками врача, инструментом повышения качества жизни пациентки. Свою лепту в решение проблемы лечения миомы матки вносят резектоскопия, эмболизация маточных артерий, ФУЗ-абляция [22].

Качество жизни стоит во главе угла решения еще двух важнейших проблем современной гинекологии — пролапса гениталий и мочевого инконтиненции [16]. По данным, представленным почти десять лет назад на Коллегии МЗ РФ (2007), без малого треть женщин в стране нуждаются в коррекции несостоятельности тазового дна. Предпосылки к этому создают и акушерские травмы, и нежелание/неумение выполнять пластические операции в гинекологических стационарах [17, 20]. Есть данные, что при потребности порядка 1 850 000 таких операций их производят лишь у 600 000 пациенток.

Проблема пролапсов многогранна — это и выявление, и менеджмент пациенток, и выбор лечебной тактики, предусматривающей снижение вероятности рецидива в разных когортах женщин. Но общими для всех больных являются стойкое снижение качества жизни, формирование дисбиотического состояния микробиоты влагалища и высокая частота рецидивирующих вагинальных инфекций ввиду отсутствия главного механизма противoinфекционной защиты — сомкнутой половой щели, анатомической целостности влагалища и промежности [16]. По меткому выражению И. Н. Костина, если «во влагалище можно заглянуть, как в замочную скважину», операция необходима.

Многое из вышесказанного в полной мере применимо к пациенткам, которых приводит к врачу бесплодие. По данным популяционных исследований последних лет, с начала третьего тысячелетия частота бесплодного брака на территории РФ стабильно превышает пресловутый рубеж в 15%, определенный ВОЗ как уровень, при котором супру-

жеская infertility по влиянию на демографические показатели опережает суммарное воздействие невынашивания беременности и перинатальных потерь [11]. Цифры сегодняшнего дня — 18–21%, это означает, что каждая пятая (!) супружеская пара в стране хочет, но не может иметь детей. Не может — без оказания соответствующей помощи, без использования всего арсенала, которым располагает современная медицина для эффективного и быстрого преодоления infertility.

Современная концепция ведения бесплодных пар базируется на постулатах как можно более ранней верификации причин бесплодия и максимально быстрого использования адекватных лечебно-оздоровительных методов, включая ВРТ. Принято считать, что 40–60% бесплодных браков обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, 5–6% — мужчины, 27–48% — обоюдными нарушениями, у 5% пар причину infertility выявить не удается [39]. При стабильной частоте традиционных вариантов женского бесплодия — эндокринного, трубно-перитонеального, эндометриоз-ассоциированного — в последнее десятилетие существенно возросла роль сочетанных форм и мужского фактора, прежде всего в силу улучшения диагностических возможностей [1, 8, 9].

При этом клиницисты единодушны во мнении, что в основе патогенеза трудновывявляемых форм, равно как и низкой эффективности их преодоления, зачастую лежат морфофункциональные нарушения эндометрия, приводящие к дефектам его рецептивности, что хотя на практике недооценивается как врачами амбулаторного звена, так и работающими в клиниках ЭКО [8]. Поэтому принципиальное значение имеют как быстрота реализации программы обследования и лечения обоих супругов, так и ее полноценность, позволяющая детализировать причины infertility и вовремя использовать весь необходимый спектр ВРТ.

В целом эта идеология соответствует Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее — Порядок) [14], однако реализация его нередко нарушается в силу предшествующего «опыта» и недопонимания современных реалий. Выявление причины бесплодного брака и его лечение в территориальной женской консультации должны ограничиваться 6 месяцами, после чего надлежит собрать консилиум для определения тактики — продолжить лечение еще 6 месяцев в соответствии с установленным диагнозом или сразу направить супружескую пару в клинику ВРТ.

Недостатки существующей практики, как правило, типичны: при обращении бесплодной супружеской пары врач женской консультации не проводит полноценного обследования в течение месяца, предусмотренного Порядком. Вместо этого женщину обследуют «на все инфекции», «на гормоны», используя порой методы, не имеющие доказательной базы. Необоснованное лечение несуществующих болезней («гарднереллез», «микоплазмоз» — их нет в МКБ-10) длится месяцами... при отсутствии воспаления! Теряется время на необходимое: установление фертильности партнера, исключение ановуляции и уточнение проходимости маточных труб у женщины. Свой вклад вносят неумение/нежелание восстанавливать овуляцию при проходимых маточных трубах и доказанной фертильности партнера, запоздалая диагностика эндометриоза как причины бесплодного брака. Порой все усилия врача сосредоточены на женщине, а супруг по различным причинам (в том числе вследствие психологического нежелания

признать себя потенциально бесплодным) остается необследованным или недообследованным. Любящая жена лечится годами, теряя овариальный резерв, и только к 40 годам выясняется, что детей от этого мужа не будет, а свой репродуктивный потенциал (увы!) уже маловероятен для реализации.

Не теряет своей остроты и проблема диагностики, раннего выявления и лечения онкологических заболеваний репродуктивных органов. На прошедшем в этом году в Москве I Национальном конгрессе «Онкология репродуктивных органов: от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению» в залах яблоку было негде упасть. Тем для обсуждения хватало: скрининг, технологии взятия биопсийного материала, лечение коморбидных состояний, использование высокоточных методов, позволяющих верифицировать рак на ранней стадии или предрак, таргетная терапия и профилактика предраковых и онкологических заболеваний [35]. Важным аспектом в условиях нашей огромной страны следует признать возрождение смотровых кабинетов — «принудительный» осмотр всех, кто попал в поле зрения медработника по любому поводу, на предмет пяти основных возможных локализаций онкологического процесса [17].

Риск рака как смертельной болезни — то, что традиционно ассоциируется у населения (да что греха таить, и у многих наших коллег!) с менопаузальной гормонотерапией (МГТ). Все чаще сегодня женщины обращаются к гинекологу для купирования менопаузальных расстройств, и это понятно — женщины живут дольше и на склоне лет хотят оставаться активными, сохранить здоровье и внешность [25, 36]. Число таких пациентов прогрессивно растет. В настоящее время доказано, что своевременно (в течение 10 лет после менопаузы) начатая МГТ позволяет замедлить или вовсе исключить прибавку массы тела, развитие абдоминального ожирения, инсулинорезистентности и артериальной гипертензии, предотвратить нарушение обмена липидов, потерю минеральной плотности костной ткани и хряща, снижение мышечной массы, утрату когнитивной функции, а также проявления урогенитального синдрома менопаузы [41]. Между тем в России пока продолжают побеждать мифы — несмотря на утверждение МЗ РФ в 2015 году клинических рекомендаций по ведению пациенток в пери- и постменопаузе [12], распространенность использования МГТ в стране все еще крайне низка, а интеграция ее в жизнь женщин «элегантного возраста» пребывает в зачаточном состоянии [31]. Возможно, вышеназванный административный ресурс станет одним из путей решения проблемы для женщин, которые нуждаются в активном долголетии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачурина С. М., Гус А. И., Хамошина М. Б., Семендяева М. А. и др. Тазовая боль, ассоциированная с бесплодием у женщин. Пути решения проблемы // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2011. Т. 105. № 6. Ч. 1. С. 83–85.
2. Гус А. И., Хамошина М. Б., Черепанов М. А., Бачурина С. М. и др. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин. Новосибирск: Наука, 2014. 136 с.
3. Елисева Е. В., Торговицкая И. П., Хамошина М. Б. Эмпирическая антибиотикотерапия острого сальпингоофорита. Владивосток: Дальнаука, 2009. 96 с.
4. Женская консультация: руководство / Под ред. В. Е. Радзинского. 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 472 с.
5. Зулумян Т. Н., Хамошина М. Б., Петрова В. Д., Плаксина Н. Д. и др. Овариальный резерв в динамике у девушек-подростков и молодых женщин после хирургического лечения по поводу доброкачественных болезней яичников // Вестн. РУДН. Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». 2012. № 6. С. 115–120.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ


Потребности общества с точки зрения возможностей современной гинекологии очень велики: помимо традиционных лечения и профилактики гинекологических заболеваний, это (в строгом соответствии с приказом МЗ РФ № 572н!) и снижение числа абортотворений и их осложнений, и профилактика онкологических заболеваний, и поддержание репродуктивного потенциала женщин фертильного возраста, и прегравидарная подготовка, и МГТ как инструмент увеличения продолжительности и повышения качества жизни [4, 13, 14, 25, 35].

Еще немногим более четверти века назад проблемой было попасть на УЗИ, не было возможности сразу получить результаты гормонального исследования, лапароскопия и ЭКО были новациями, пациентки после операций находились в стационаре по две недели, гормональной контрацепции как таковой не существовало (как, впрочем, и других методов). Сегодня обыденными стали офисная гистероскопия, пайпель-биопсия, ПЦР в реальном времени, широкий спектр ВРТ, компьютер на рабочем столе, вебинары, телемедицина. Контрацептивы теперь лечат маточные кровотечения, предменструальный синдром и могут устранить дефицит фолиевой кислоты, пациенток с эндометриозом стало возможным избавить от боли без оперативного вмешательства, а лапароскопические операции делают в каждом стационаре. В очереди на то, чтобы стать рутинными, генетические тесты, технология 3D-биопринтинга, терапия стволовыми клетками, митохондриальная терапия, трансплантация матки.

Безусловно, не все в повседневной деятельности врача-клинициста зависит не от него самого. Однако неравнодушие, жажда знаний, бесценный клинический опыт, будь то собственные наблюдения или точка зрения коллег, озвученная с трибуны или изложенная на страницах журнала, — это то, что отличает вас, дорогие читатели и уважаемые авторы. Одной из традиционных возможностей обсудить нерешенные проблемы в своей специальности, предложить пути решения, поддержать единомышленников, в очередной раз восхититься успехами коллег и друзей, ощутить радость от осознания себя частью большого целого, поймать профессиональный драйв — это наш ежегодный профессиональный праздник в Сочи — научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии».

Желаем вам, дорогие коллеги и единомышленники, и в этом году интересных и содержательных выступлений, удачных встреч, радости бытия под ласковым сочинским солнцем, задора и оптимизма в жизни и в любимой профессии!

6. Как изменится население мира к 2100 году? URL: <http://inosmi.ru/world/20130916/213017440.html> (дата обращения — 15.08.2016).
7. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/konserciya/konserciya25.html> (дата обращения — 15.08.2016).
8. Крутова В. А. Основные клинико-патогенетические варианты женского эндокринного бесплодия: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2016. 39 с.
9. Лабыгина А. В. Основные клинико-патогенетические варианты женского эндокринного бесплодия: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Иркутск, 2010. 39 с.
10. Леваков С. А., Хамошина М. Б. Эндометриоз: мировой прорыв в медикаментозном лечении. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2012. 16 с.
11. Маргиани Ф. А. Женское бесплодие: медицинские и социальные аспекты // Пробл. репродукции. 2002. Т. 8. № 5. С. 28–32.

12. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте: Клинические рекомендации (протокол лечения). URL: <http://minzdrav.gov-murman.ru/activities/akusherstvo/rogyadki/menopauza.pdf> (дата обращения — 15.08.2016).
13. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В. Е. Радзинского. М.: StatusPraesens, 2010. 426 с.
14. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 № 572н. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144927/ (дата обращения — 15.08.2016).
15. Оразов М. Р., Симоновская Х. Ю., Рябинкина Т. С. Хронический тазовый болевой синдром. От нового в понимании этиопатогенеза к новому в диагностике и терапии. Клиническая лекция / Под ред. В. Е. Радзинского. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2016. 24 с.
16. Перинеология: Коллективная монография. Изд. 2-е испр., дополн. / Под ред. В. Е. Радзинского. М.: изд-во РУДН, 2010. 372 с.
17. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. М.: Статус Презенс, 2011. 68 с.
18. Радзинский В. Е., Димитрова В. И., Майскова И. Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 200 с. 23
19. Радзинский В. Е., Ордянец И. М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2012. 16 с.
20. Радзинский В. Е., Петрова В. Д., Хамошина М. Б., Салимова Л. Я. И др. Оптимизация заживления раны после пластических хирургических операций // Акушерство и гинекология. 2011. № 1. С. 89–94.
21. Радзинский В. Е., Сорокина А. В., Хамошина М. Б., Семятов С. Д. и др. Патогенез и диагностика эндометриозной болезни. М.: изд-во РУДН, 2012. 64 с.
22. Радзинский В. Е., Тотчиев Г. Ф. Миома матки: курс на органосохранение: Информ. бюллетень. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2014. 24 с.
23. Радзинский В. Е., Хамошина М. Б. Фактология «искренних заблуждений». Отношение российских врачей к гормональной контрацепции — о чем мы умалчиваем // StatusPraesens. 2011. № 3 (6). С. 16–19.
24. Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Маклецова С. А. Оптимизация врачебного выбора гормональной контрацепции как путь к сохранению здоровья женщин на популяционном уровне // StatusPraesens. 2016. № 1 (30). С. 20–28.
25. Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Мельникова Г. Г., Кайгородова Л. А. и др. Современный подход к лечению и профилактике последствий хирургической менопаузы // Здоровье женщины. 2009. № 7 (43). С. 106–110.
26. Семендяева М. А., Хамошина М. Б., Гус А. И., Семендяев А. А. Лечебно-диагностические возможности лапароскопии при варикозной болезни вен придатков матки // Вестн. РУДН. 2010. № 6. С. 287–295.
27. Тулупова М. С., Хамошина М. Б., Календжян А. С., Чотчаева А. И. и др. Гинекологическая заболеваемость и репродуктивные потери в России в первой декаде XXI в. // Вестн. РУДН. 2011. № 5. С. 280–283.
28. Федеральная служба государственной статистики: офиц. сайт. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/ (дата обращения — 15.08.2016).
29. Хамошина М. Б. Депозитарий репродуктивного здоровья: молодые женщины. Пути формирования рациональных предпосылок к регуляции фертильности. Методическое руководство // Под ред. В. Е. Радзинского. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2013. 48 с.
30. Хамошина М. Б. Региональные особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2005. 45 с.
31. Хамошина М. Б., Бриль Ю. А. Менопаузальные расстройства: вариативность терапевтических подходов. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2014. 20 с.
32. Хамошина М. Б., Лебедева М. Г., Артикова Н. Л., Добрецова Т. А. Управление менструальным циклом: новые возможности. Инновации в контрацепции — гибкий пролонгированный режим и цифровые технологии дозирования: Информ. бюллетень / Под ред. В. Е. Радзинского. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2016. 24 с.
33. Хамошина М. Б., Лебедева М. Г., Вахабова М. И., Медведкина С. Д. и др. Ювенильная гинекология: проблемы и перспективы XXI века // Вестн. репродуктивного здоровья. 2011. № 2. С. 30–34.
34. Хамошина М. Б., Лебедева М. Г., Симоновская Х. Ю. Эколого-репродуктивный диссонанс XXI века: предупредить негативные последствия: Информ. бюллетень / Под ред. В. Е. Радзинского. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2015. 24 с.
35. Хамошина М. Б., Паренкова И. А. Не игнорировать мастопатию — не допускать рака. Новый вектор тактики при мастопатии: активная онкопрофилактика. Информационное письмо / Под ред. В. Е. Радзинского, Н. И. Рожковой. М.: редакция журн. StatusPraesens, 2015. 24 с.
36. Хамошина М. Б., Роговская С. Ю., Наумчик Г. А. Современная женщина отказывается стареть. Актуальные возможности фармакологии в профилактике возрастных нарушений // StatusPraesens. 2014. № 1 (18). С. 75–81.
37. Хамошина М. Б., Савельева И. С., Зорина Е. А., Тулупова М. С. и др. Послеабортная реабилитация — грани проблемы: что могут комбинированные оральные контрацептивы // Гинекология. 2013. Т. 15. № 1. С. 60–63.
38. Шестакова И. Г., Хамошина М. Б., Лебедева М. Г., Осьмакова А. А. Терапевтические возможности левоноргестрел-выделяющей внутриматочной системы у женщин в перименопаузе // Фарматека. 2015. № 3 (296). С. 66–70.
39. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. NICE Clinical Guideline. 2013. 562 p.
40. Global standards for quality health care services for adolescents. URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/ (дата обращения — 15.08.2016).
41. Lobo R., Davis S. R., De Villiers T., Gompel A. et al. Prevention of diseases after menopause // Climacteric. 2014. Vol. 17. N 5. P. 540–556.
42. Radzinskiy V. E., Khamoshina M. B., Arkhipova M. P., Lichak N. V. Reproductive health of adolescents in Russia: statistics, problems and prospects of improvement // Gynecol. Endocrinol. 2014. Vol. 30. Suppl. 1. P. 2–5.
43. Sorokina A., Radzinskiy V., Khamoshina M., Totchiev G. et al. The modern view to diagnostic of adenomyosis // Abstracts book of the 11th World Congress on Endometriosis (September 4–5, 2011, Montpellier, France). S. 124. 

Библиографическая ссылка:

Радзинский В. Е., Хамошина М. Б. Нерешенные проблемы современной гинекологии: Quo vadis? // Доктор.Ру. 2016. № 7 (124). С. 4–9.