

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ

24-25 ноября 2008 года в Центральном доме ученых РАН состоялась научно-практическая конференция «Репродуктивное здоровье – междисциплинарные аспекты», посвященная Году семьи в Российской Федерации. Организаторами мероприятия выступили Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Российское общество акушеров-гинекологов, Координационный совет по здравоохранению центрального федерального округа России. В конференции приняли участие акушеры-гинекологи, урогинекологи, иммунологи, врачи общей практики из Москвы, различных регионов России и стран ближнего зарубежья. В рамках открытия конференции состоялось пленарное заседание, на котором ведущие ученые выступили с докладами по приоритетным вопросам, связанным с репродуктивным здоровьем.



Г.Т. Сухих, академик РАМН, профессор, д.м.н.
Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии РАМН

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосоциальных отношениях семьи. Репродуктивное здоровье может зависеть от национальных особенностей, культуры и образования, религиозных, социально-экономических и медико-организационных факторов.

КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Ежегодно в России отмечается сокращение численности населения на 700-800 тыс. человек. Средний возраст начала половой жизни в нашей стране составляет 16-19 лет. С каждым годом растет или, по крайней мере, не уменьшается подростковая беременность: на 1000 девушек 90 случаев. Количество аборт в Российской Федерации также велико. Кроме того, ежегодно от рака шейки матки в нашей стране умирает 6700 женщин. На этом фоне утешительно выглядят данные по материнской смертности в России, которая, по сравнению с 1997 годом снизилась с 54,8 до 26,2% на 100000 родившихся живыми (рисунок 1).

В настоящее время междисциплинарной проблемой является избыточный вес. Ожирение напрямую влияет и на репродуктивное здоровье женщины, поскольку имеет массу осложнений: гипертоническая болезнь, почечная недостаточность, высокая степень риска инсультов как геморрагических, так и ишемических, диабет и метаболический синдром, а в конечном счете – сердечная недостаточность, развитие атеросклероза. Проблемы репродуктивного здоровья отличаются в разных возрастных группах. В 10-19 лет можно назвать раннее деторождение, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя или наркотиков). В период репродуктивного

возраста факторами, влияющими на репродуктивное здоровье, являются незапланированная беременность, аборт, заболевания, передающиеся половым путем, гиперпластические процессы (эндометриоз, миома), осложнения беременности. В пострепродуктивном возрасте возникают такие проблемы, как ССЗ, онкология, остеопороз, диабет, менопауза и т. д. Бесплодие – демографическая проблема, которую нельзя решить только при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. Это огромная работа: начиная с процесса гестации, поддержки нормальной беременности, родов, а затем развития ребенка, вначале



РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

девочки, потом подростка-девушки, и затем уже женщины репродуктивного возраста. Когда мы говорим о том, что мы закладываем здоровье еще в периоде беременности, мы совершенно четко отдаем себе отчет, что говорим правду. Потому что перинатальное программирование действительно отражает всю суть проблемы репродуктивного здоровья, т.к. происхождение многих будущих болезней взрослого име-

да современная женщина вначале получает блестящее образование, потом делает карьеру, а деторождение откладывает на рубеж 28-32 лет, а иногда и более поздний срок, следует иметь в виду, что биология репродукции свидетельствует об оптимальном возрасте – период репродуктивности длится с 18 до 32 лет, а затем у женщины начинается драматическое снижение не только фолликулярного фона, но,

Приоритеты исследований в акушерстве и гинекологии отдаются пренатальным детерминантам, ранним потерям беременности, преждевременным родам, преэклампсии, внутриутробной задержке роста, сохранению фертильности, эндометриозу, миоме матки, хроническим тазовым болям, недержанию мочи и патологиям тазового дна. В нашем Центре обследуются, проходят курс лечения и рожают здо-

РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ют свою сопряженность с ранним эмбриональным и наиболее часто с ранним перинатальным периодом. Среди основных направлений работы, направленных на поддержание и продление здоровья наших женщин, можно выделить прекоцепционное наблюдение (планирование семьи) и просвещение, антенатальное наблюдение, профилактику и лечение инфекций мочеполовой системы, предупреждение и лечение онкозаболеваний репродуктивного тракта, роды и послеродовое наблюдение.

На страницах профессиональной литературы и масс-медиа обязательно нужно говорить о том, что несмотря на общие тенденции, ког-



самое главное, качества овоцитов. Сегодня мы имеем возможность заниматься молекулярной биологией на уровне генома, и в этом плане достигнуто очень много. Теперь мы имеем возможность диагностировать заболевания репродуктивной системы на ранних стадиях. Новые открытия делают возможным индивидуализировать лечение рака путем 16 информативных генов и проверку образцов опухоли на мутации в этих генах. С помощью генных исследований можно предсказать, кто из пациентов нуждается в химиотерапии. Эффект применения новых методик колоссален: 100000 женщин ежегодно могут делать более осознанный выбор, 70000 женщин не должны подвергаться химиотерапии, за счет чего снижается стоимость их лечения.

ровых детей женщины с различными патологиями, в том числе и с трансплантированной почкой. Мы сейчас стараемся сделать все, чтобы в наш Центр перешел Центр дистанционного диабета. Это позволит создать истинную кардиологию для наших пациенток, учитывающую все особенности патологии беременных, и, соответственно, особенности лекарственной терапии. Междисциплинарных вопросов по проблемам репродуктивного здоровья очень много. Но все они решаемы, поскольку в нашей стране очень много блестящих коллег-профессионалов. Взаимодействие с ними, профессиональный консенсус – единственный путь, ведущий к решению проблем, существующих на сегодняшний день в акушерстве и гинекологии.



ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ



В.Г. Бреусенко, д.м.н., профессор, РГМУ

Заболеваемость раком эндометрия составляет 13,3% и занимает второе место в структуре злокачественной патологии органов репродукции, уступая лишь раку молочной железы. Чаще всего причиной онкозаболеваний эндометрия являются гиперпластические процессы эндометрия, встречающиеся у 50-60% пациенток гинекологического стационара в перименопаузальном периоде (рисунок 2). Их своевременная диагностика и лечение – основная профилактика развития онкологических заболеваний.

К методам лечения гиперпластических процессов эндометрия относится гистероскопия в сочетании с диагностическим выскабливанием, гормонотерапия, абляция эндометрия (электрохирургическая, лазерная, баллонная термоабляция),

гистерэктомия, лапароскопическая двусторонняя аднексэктомия.

Выбор метода лечения определяется характером патологии эндометрия, экстрагенитальными заболеваниями, наличием противопоказаний к гормонотерапии, ее переносимостью, состоянием яичников (опухоль, текоматоз), наличием деформации полости матки (субмукозная миома, перегородка).

В нашей клинике накоплен огромный опыт применения различных методов лечения патологий эндометрия. Одним из самых эффективных методов диагностики внутриматочной патологии и удаления эндометрического очага сегодня является гистероскопия. Метод показан при атипичической гиперплазии, сочетанных патологиях внутренних половых органов, рецидивирующей гиперплазии, железистых полипах эндометрия, в случае неэффективности гормонотерапии, наличии противопоказаний к ней или отсутствию возможности проведения абляции эндометрия. Ограничивающими факторами для вагинальной гистерэктомии можно назвать: новообразования яичников, спаечный процесс в малом тазу, большие размеры матки. Преимущественным оперативным доступом при этом методе является лапароскопический. Он характеризуется малой травматичностью, незначительной кровопотерей, ранней реабилитацией, низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствием ограничивающих факторов для проведения операции.

Наряду с оперативными методами терапии, различные патологии эндометрия хорошо поддаются лечению в сочетании с гормональной терапией. Но прежде чем начать гормональную терапию, нужно определиться, эффективна ли она. Гормонотерапия будет эффективна при наличии достаточной концентрации рецепторов эстрогенов и прогестерона (рисунок 3). При гиперплазии, например, достаточная концентрация рецепторов обнаруживается лишь у 55% пациенток, а при атипичической гиперплазии – у 30%. Наиболее высокая концентрация рецепторов имеется при полипах эндометрия, особенно при железистых полипах.

Наилучший эффект наблюдается при лечении полипов эндометрия с помощью лазерной абляции, однако более безопасной является баллонная абляция.

До освоения методики лапароскопической гистерэктомии, нами была выполнена лапароскопическая двусторонняя аднексэктомия у 320 пациенток с рецидивирующими полипами и железистой гиперплазии эндометрия. Метод, к сожалению, не оправдал надежд – рецидив заболевания проявился в 12% случаев, а рак эндометрия в 0,6%.

Обследование и лечение патологий эндометрия должны осуществлять не только гинекологи, но и эндокринологи, терапевты. Только создание такой профессиональной системы позволит снизить заболеваемость раком эндометрия.

Рисунок 2. Структура гинекологической патологии у пациенток периода постменопаузы в гинекологической клинике

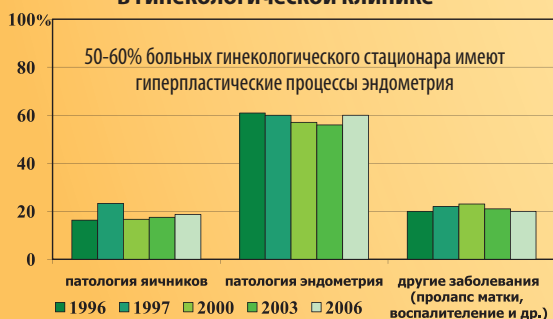
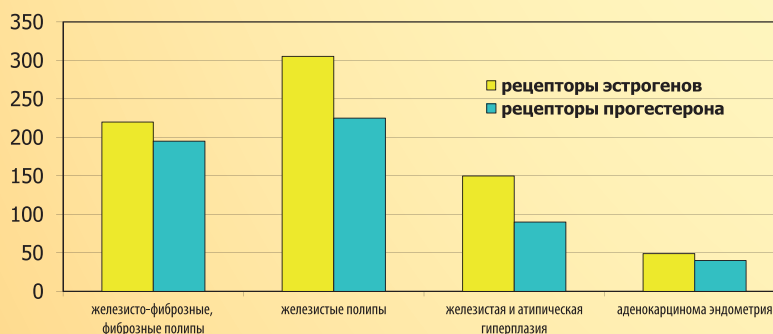


Рисунок 3. Концентрация рецепторов эстрогенов и прогестерона у больных с патологией эндометрия в постменопаузе (фмоль/мг)



ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. ДСТ имеет следующие формы: дифференцированные (синдромные или системные) и недифференцированные (изолированные). При недифференцированной дисплазии могут встречаться осложнения со стороны сердечно-сосудистой (ССН, аритмии, разрыв аневризмы, тромбоз, тромбоз, тромбоз, кровотечения) (рисунок 4) и бронхо-легочной (дыхательная недостаточность, бронхиальная обструкция) систем, половых органов (бесплодие, недержание мочи), опорно-двигательного аппарата (привычные вывихи, вторичный остеоартроз).

Фенотипические особенности при дисплазии соединительной ткани: астенический тип конституции, высокий рост, гипотрофия, относительное преобладание длины конечностей, повышенная растяжимость кожи, воронкообразная грудная клетка, сколиоз, плоскостопие, признак большого пальца, признак запястья, гипермобильность других суставов.

Распространенность ДСТ у лиц молодого возраста, по данным разных авторов, колеблется от 14 до 85%. Среди школьников эти цифры составляют 53%, среди лиц среднего и пожилого возраста – 42%.

Хронический дефицит Mg в течение нескольких месяцев может приводить к общему снижению тонуса мускулатуры, тахикардии, судорогам, резко выраженной астенизации, вплоть до формирования синдрома хронической усталости и ДТС, поэтому патогенетические подходы к коррекции ДТС включают в себя, прежде всего, коррекцию уровня микроэлементов (Mg, Zn, Fe, селен). Сбалансированная


диета должна содержать не менее 400 мг Mg/сутки. Если это не представляется возможным, пациенту следует назначать препараты Mg, например, Магнерот (оротат магния). Согласно исследованиям, использование Магнерот для лечения пациентов с ДСТ приводит к достоверному повышению содержания магния в ротовой жидкости, улучшению субъективного самочувствия, устранению вегетативной дисрегуляции за счет снижения симпатических и восстановления парасимпатических влияний, а также приводит к уменьшению (на 55%) экстрасистол и в 27,5% случаев исчезновению желудочковых аритмий.

Наравне с этим, коррекция ДСТ включает в себя витаминотерапию с нейротропным механизмом действия, коррекцию гиперсимпатикотонии, психокоррекцию, вазоактивную, антиоксидантную, иммуномодулирующую терапию, и, по показаниям, хирургическое лечение.

В феврале 2008 г. в Санкт-Петербурге, по окончании Всероссийского симпозиума по проблемам диагностики и лечения



А.И. Мартынов, д.м.н., профессор, МГМСУ

диспластического сердца, состоялось заседание Совета экспертов и Рабочей группы, посвященное проблеме ДСТ. Задачей заседания стала подготовка «Первых национальных рекомендаций по диагностике и тактике ведения больных с ДСТ». Внимание к этой проблеме будет соответствующим стимулом для более пристального изучения ДСТ специалистами, особенно в области акушерства и гинекологии. 

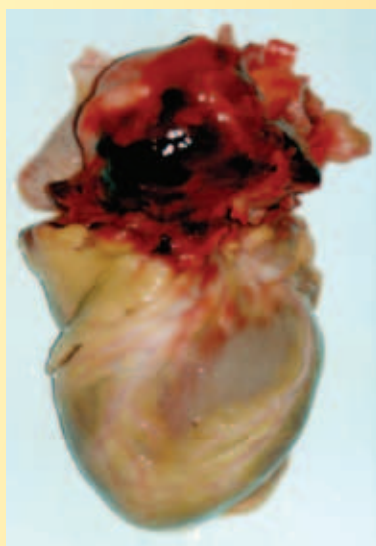


Рисунок 4. ДСТ – разрыв аневризмы дуги аорты(слева); множественные ложные хорды левых и правых отделов сердца(справа)

ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТОЗА


лактики нарушений в сосудисто-тромбоцитарном звене, микроциркуляции и гемостазиологических сдвигах Аспирин – 50 мг/сутки до 37 недели, 4 недели Пентоксифилин – 100-200 мг 2 раза/сутки и Курантил – 25мг 2 раза/сутки.

С целью активации обмена веществ, улучшения микроциркуляции в плаценте, повышения метаболизма клеток пациенткам назначается в течение 2-3 недель Актовегин – 200 мг 2 раза/сутки, Эссенциале форте – 2 т. 3 раза/месяц, Витамин B_6 – 1 мл 1 раз/день, Витамин Е – 100-200 мг 1 раз/сутки, Магне B_6 – 2 т. 3 раза/сутки (1 неделю), 2 т. 2 раза/сутки (1 неделю), 1 т. 2 раза/сутки (до конца беременности).

Препараты магния: Магне B_6 (комбинированный препарат, состоящий из соли Mg и витамина B_6), Панангин (аспаркам) – источник ионов Mg и K.

В целях профилактики гестозов беременным женщинам показаны к применению специальные витаминные комплексы: Ветрон (бета-каротин, витамин С, витамин Е), АлфаВИТ – мамино здоровье,

содержащий все необходимые витамины, минералы и микроэлементы. Состав комплекса АлфаВИТ разработан таким образом, что каждая его таблетка включает только совместимые компоненты и обладает «целевым действием». Например, таблетка «Железо+» содержит железо, витамин B_1 и фолиевую кислоту, а таблетка «Антиоксиданты» – витамины С, Е, бета-каротин и йод. Наиболее полноценный, сбалансированный витаминный комплекс – Центрм Матерна. Одна таблетка Центрм Матерна в день удовлетворяет потребность в витаминах, минералах и микроэлементах у женщин до и во время беременности, а также в период кормления грудью.

Клинический эффект профилактики гестозов заключается в улучшении центральной гемодинамики и микроциркуляции, снижении общего сосудистого сопротивления и снижении АД, возрастании оксигенации плода за счет восстановления аэробного метаболизма в ткани плаценты, повышении устойчивости тканевой организации плода к гипоксии. 



И.С. Сидорова, д.м.н., профессор,
ММА им. И.М. Сеченова

Приближение состояния гестоза можно распознать по его ранним признакам. К ним относятся отеки, обусловленные повышенной жаждой, снижением диуреза, никтурией, усилением гидрофильности тканей, артериальная гипертензия 140/90 мм рт. ст. и более с резкими колебаниями, а также протеинурия.

Профилактика гестоза в женской консультации ставит перед собой целью сохранение физиологического течения беременности и предупреждение возможных осложнений. Пациенткам рекомендуется лечебно-охранительный режим, питание в пределах 3000 ккал/сутки, ограничение потребления соли и выпитой жидкости (до 1500 мл) корригирующая гимнастика в постели.

Медикаментозная профилактика гестоза имеет продолжительность до 3-4 недель. Ее проведение целесообразно проводить, начиная с 16-й недели беременности, что обусловлено необходимостью адекватного кровоснабжения плаценты – именно в этот период скорость роста плода наиболее интенсивна. В курс, для оптимального уровня энергетического обеспечения, как правило, включено несколько препаратов.

Наиболее патогенетически обоснованы для лечения и профи-



МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ

Наряду со многими благами наше человечество получило множество негативных факторов, безусловно, отразившихся на здоровье людей, в том числе и мужчин. Это химические вещества, ионизирующее излучение, лекарства, курение и употребление алкоголя, определенное питание, воздействие высоких и низких температур и многое другое. Ни для кого не секрет, что сегодня Россия находится в состоянии демографического кризиса, а к 2050 году численность населения нашей страны сократится на 200 миллионов человек.

К сожалению, мужчины в России в большей степени, чем женщины подвержены воздействию различных негативных процессов, и в среднем их продолжительность жизни на 13 лет меньше. Уровень рождаемости у нас слишком низок и составляет 1,3%. Огромное количество молодых мужчин погибло в ходе вооруженных конфликтов. Наша страна находится на втором месте в мире по количеству суицидальных смертей, где основное количество погибших составляют также мужчины. Кроме того, мужчи-

ны чаще, чем женщины гибнут или получают увечья на производстве, а по мужскому бесплодию Россия занимает одно из первых мест в мире.

Частота урологических заболеваний среди школьников в различных регионах РФ достигает иногда 50%. Безусловно, мы должны помнить и о том, что сегодняшний мальчик – это завтрашний мужчина, поэтому любимыми патологиями репродуктивной сферы нужно заниматься в раннем возрасте. Для этого необходимо взаимодействие репродуктологов, урологов, педиатров.

На репродуктивную функцию негативно влияют системные заболевания – различные эндокринопатии, хронические заболевания дыхательных путей, инфекционно-воспалительные, сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, атеросклероз, заболевания почек и печени, требующие проведения гемодиализа. Во многих случаях лечение мужского бесплодия требует хирургической коррекции. В урологической практике также широко применяются и различные вспомогательные



А.А. Камалов, д.м.н., профессор,
НИИ урологии МЗ РФ

репродуктивные технологий. За последние десятилетия произошли значительные, поистине революционные изменения в диагностическом и лечебном подходе к мужскому бесплодию.

Приоритетными и перспективными направлениями в области проблем, касающихся репродуктивной функции мужчин, являются: развитие исследований на молекулярном и генетическом уровнях, позволяющие оценить тонкие механизмы сперматогенеза и оплодотворения, разработка и внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий (методов вспомогательной репродукции, новых способов стимуляции сперматогенеза, развития клеточных технологий, совершенствование техники малоинвазивных оперативных вмешательств). Восстановление и поддержание соматического и психосоциального здоровья мужчин с помощью методов высокотехнологичной медицинской помощи является на сегодняшний день приоритетным направлением в дальнейшем развитии современной медицины, которое может способствовать не только охране здоровья мужского населения, но и в целом обеспечить будущее государства и нации. **ЭФ**

