

Здоровье женщины — залог здоровья общества

19-22 мая 2009 г. в г. Судаче состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии», в рамках которой ведущие отечественные и зарубежные специалисты в области акушерства и гинекологии обсуждали наиболее важные проблемы, касающиеся сохранения здоровья женщин и полноценной реализации их репродуктивного потенциала. На конференции прозвучали доклады, посвященные ведению беременности и родов высокого риска, практическим аспектам оперативной гинекологии и гинекологической эндокринологии, вопросам перинатологии, проблемам бесплодия, инфекциям и неотложным состояниям в практике акушера-гинеколога. В данной публикации мы хотим привлечь внимание читателей к двум насущным клиническим проблемам современной практической гинекологии: ведению пациенток с дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК) и сохранению репродуктивного здоровья девочек подросткового возраста.

Значимость проблемы ДМК в гинекологической практике раскрыла в своем выступлении заместитель директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» АМН Украины, заведующая отделом эндокринной гинекологии, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук.



— В гинекологической практике вопрос ДМК никогда не теряет своей актуальности. Говоря об этой проблеме, необходимо напомнить о том, каковы критерии нормального менструального цикла. В норме его продолжительность

составляет 21-35 дней, длительность фазы менструации — 5±2 дня, средний объем кровопотери — 35-40 мл, но не более 80 мл при потере железа эквивалентной 16 мг. Менструальная функция во многом может рассматриваться как один из интегральных показателей здоровья женщины, и контроль за соблюдением нормальных ее показателей у каждой конкретной пациентки является одним из методов клинической диагностики многих патологических состояний. На сегодня ДМК рассматривается как диагноз исключения. ДМК — это обильное кровотечение из матки, не связанное с органической патологией органов малого таза (лейомиома, аденомиоз, эндометриоз, полип или рак эндометрия/шейки матки, и др.), с системными заболеваниями (коагулопатии, гипотиреоз, системная красная волчанка, хронические болезни печени, хроническая сердечная недостаточность) или осложнениями беременности. Только при исключении данных патологических состояний можно устанавливать диагноз ДМК и затем реализовывать на практике алгоритм их дальнейшей диагностики и лечения.

По поводу обильных маточных кровотечений в тот или иной возрастной период к специалистам обращаются до 65% женщин репродуктивного возраста. В структуре гинекологических заболеваний ювенильные кровотечения составляют 10%, кровотечения у женщин репродуктивного возраста — 25-30%, позднего репродуктивного возраста — 35-55%, у женщин в климактерии — до 60%. Таким образом, с возрастом частота маточных кровотечений постепенно возрастает. При оценке метроррагии прежде всего необходимо установить ее характер. Если метроррагия острая, следует исключить такие частые причины этого состояния, как травма, органическая патология матки, осложнения беременности, нарушения коагуляции, после чего необходимо думать о наличии у пациентки ановуляторного ДМК. Если метроррагия хроническая, после исключения вышеперечисленных состояний также следует предположить наличие ДМК — овуляторного либо ановуляторного — и в зависимости от этого определяться с тактикой лечения. Особое внимание гинекологам следует уделять диагностике нарушений коагуляции, исключить которые очень важно. Пока же, к сожалению, ситуация с обследованием пациенток с ДМК

далека от совершенства даже в развитых странах. Например, в США, по данным недавнего обзора (2007), УЗИ таким пациенткам выполняют лишь в 28% случаев, определение количества тромбоцитов — в 87%, фактора Виллебранда — в 64%, времени свертывания крови — в 15%, уровня тиреотропного гормона — в 11% случаев.

В патогенезе ДМК можно выделить следующие основные контролируемые механизмы (I.S. Fraser, G.J. Arachchi, 1999; B.I. Sheppard, J. Bonnar, 1999).

- Гормональные контролируемые факторы (играют ключевую роль при ановуляторных ДМК) — эстрогены и прогестерон, уровень которых, в свою очередь, зависит от гипоталамо-гипофизарного синтеза гонадотропинов.

- Местные эндометриальные факторы (играют ключевую роль при овуляторных ДМК):

- системы коагуляции и фибринолиза;
- простагландины;
- вазоактивные агенты (факторы роста, цитокины).

Овуляторные ДМК возникают в результате нарушения местных эндометриальных факторов или вследствие недостаточности лютеиновой фазы. Ановуляторные кровотечения могут быть эстрогенными (на фоне истинной либо относительной гиперэстрогении при длительной ановуляции) либо гестагенными; при обоих типах выделяют также так называемые кровотечения прорыва и кровотечения отмены.

При оценке меноррагий важно помнить о том, что достаточно часто (40-70% случаев) с жалобами на обильные менструации к гинекологу обращаются женщины, у которых при объективной оценке не всегда определяется кровопотеря, превышающая норму. Это обусловлено тем, что субъективно даже нормальный объем кровопотери вызывает у данной женщины дискомфорт, мешая ей вести привычный образ жизни. Такие пациентки нуждаются в психологической поддержке и помощи. Напротив, около 40% женщин с объективно имеющей место меноррагией не считают свои месячные обильными (S. Sheth, G. Allahbadia, 1999). Поэтому очень важно использовать в практике специальные опросники и визуальные схемы, объективизирующие объем кровопотери по степени и скорости промокания используемых санитарно-гигиенических материалов (D. Wide-meersch, E. Echachi, 2002). Важное значение имеет также тщательный сбор семейного анамнеза (наличие обильных маточных кровотечений, туберкулеза, новообразований матки и яичников у ближайших родственниц), выяснение данных об использовании медикаментов, способных провоцировать меноррагию (эстрогены, прогестерон, антикоагулянты, пропранолол, фенотиазины, трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминоксидазы, транквилизаторы, кортикостероиды, дигоксин), средств контрацепции (внутриматочные, оральные контрацептивы), наличии у женщины склонности к кровотечениям другой локализации (из полости носа, кровоточивость десен и др.), артериальной гипертензии, заболеваний печени, гипотиреоза, а также

сведений о ранее перенесенных операциях (спленэктомия, резекция щитовидной железы, миомэктомия, полипэктомия, диагностические выскабливания и др.). Помимо тщательного сбора анамнеза, оценки истинного объема кровопотери и факторов риска заболеваний органов малого таза и системной патологии производят гинекологический осмотр и выполняют развернутый анализ крови. Дальнейшая схема обследования пациентки зависит от характера меноррагии. При острой меноррагии проводят лечебно-диагностическое выскабливание, при необходимости — гистероскопию, трансвагинальное УЗИ, скрининг состояния свертывающей системы крови, что позволяет получить данные, необходимые для подтверждения диагноза. Пациентке с хронической меноррагией сначала выполняют

с гистологически верифицированным хроническим эндометритом подтверждает предположение о важной роли воспаления в генезе ДМК в данном возрастном периоде.

Что же касается распределения пациенток с ДМК в зависимости от типа эстрогенной насыщенности, нами установлено, что для женщин активного репродуктивного возраста в большинстве случаев характерна нормоэстрогения, в то время как в позднем репродуктивном возрасте нарастает доля гипо- и гиперэстрогенных кровотечений, что подтверждает более существенную роль системных гормональных нарушений у женщин старше 35 лет. У всех обследованных женщин с ДМК, независимо от типа эстрогенной насыщенности, нами выявлено снижение средних показателей содержания прогестерона во вторую фазу менструального цикла по сравнению со здоровыми женщинами контрольной группы. Обобщив полученные данные, мы разработали схему, позволяющую на основании клинических, инструментальных, гормональных и гистологических параметров определить наличие недостаточности лютеиновой фазы цикла (НЛФ) и ановуляторных гиперэстрогенных или гипоэстрогенных ДМК (табл.).

Таблица. Принципы диагностики НЛФ, гипер- и гипоэстрогенной ановуляции

Параметры	НЛФ	Ановуляция	
		гипоэстрогенная	гиперэстрогенная
Менструальный цикл: характеристика, длительность (дни)	Регулярный, 22-30	Нерегулярный, <22 и/или >35	Нерегулярный, >35
Толщина эндометрия на 21-23-й день цикла (мм)	<10	<8	>14
Максимальный диаметр фолликула (мм)	16-18	<7	>25
Уровень прогестерона на 21-23-й день цикла (нмоль/л)	15-20	<15	<15
Уровень эстрадиола на 21-23-й день цикла (пг/мл)	51-300	<50	>301
Результаты гистологического исследования эндометрия	Неполноценная секреторная трансформация	Атрофические или пролиферативные изменения	Гиперпластические процессы

трансвагинальное УЗИ, гистероскопию, диагностическое выскабливание с биопсией эндометрия. В некоторых случаях для диагностики патологии органов малого таза целесообразно провести МРТ и гистеросонографию. При подозрении на наличие системной патологии изучают показатели коагуляции, оценивают функцию щитовидной железы, проводят иммунологические тесты. Следует подчеркнуть, что и при острой, и при хронической меноррагии целесообразно проводить морфологическое исследование эндометрия.

Согласно результатам морфологических исследований эндометрия, выполненных у пациенток с ДМК в рамках проводимой на базе нашего отдела масштабной научной работы, наиболее часто при данном состоянии имеет место следующая патология эндометрия: хронический эндометрит, гиперплазия (железистая, железисто-кистозная), атрофия эндометрия, пролиферативный эндометрий, неполноценная секреторная трансформация и «раздифференцированный» эндометрий. При анализе характера менструального цикла у женщин с ДМК в активном репродуктивном возрасте наиболее часто мы выявляли укороченный регулярный цикл, в позднем репродуктивном возрасте — нерегулярный цикл и удлиненный нерегулярный цикл. При этом частое сочетание у женщин активного репродуктивного возраста укороченного менструального цикла

В зависимости от ключевого патогенетического звена ДМК рекомендуют ту или иную тактику ведения пациентки. Первым этапом лечения ДМК любого типа является гемостаз. При этом наиболее эффективным считается хирургический гемостаз, выполнение которого помимо лечебной преследует также и диагностическую цель. Современные данные продемонстрировали возможность развития рака эндометрия даже у молодых пациенток, поскольку определяющим моментом риска малигнизации является не возраст, а длительность воздействия высоких доз эстрогенов без прогестероновой оппозиции (J. Gordon, L. Speroff, 1999). У молодых пациенток при нормальных данных УЗИ и отсутствии факторов высокого риска онкологической патологии можно проводить гемостаз монофазными комбинированными оральными контрацептивами (КОК).

На втором этапе ведения пациенток с ДМК осуществляется профилактика рецидива. Она включает проведение общеукрепляющих мероприятий, обязательное лечение анемии (препараты железа, при необходимости — кровезаменители и препараты крови), применение различных средств фармакотерапии: антифибринолитиков, поливитаминов, антипростагландинов, гормональных

Продолжение на стр. 4.

Здоровье женщины — залог здоровья общества

Продолжение. Начало на стр. 3.

препаратов. На сегодня в мировой гинекологической практике препаратом выбора в лечении овуляторных ДМК считается транексамовая кислота (вводится внутривенно). Доказано, что применение данного антифибринолитического средства уменьшает объем кровопотери на 45-50%, удлиняет тромбиновое время, препятствуя растворению гемостатической пробки. Также при ДМК широко применяется аминакапроновая кислота. Блокируя активатор плазминогена и частично угнетая действие плазмина, она может оказывать специфическое кровоостанавливающее действие при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза. При проведении курсов витаминотерапии рекомендуют применять комплексные препараты, содержащие цинк и аскорбиновую кислоту. В комплексном лечении ДМК используют антипростагландины, преимуществом которых является то, что эти препараты используются лишь во время менструации (мефенамовая кислота в дозе 0,5 мг 3 раза в день, нимесулид в дозе 100 мг 2 раза в день). Что же касается применения при ДМК утеротонических средств, то на сегодня убедительно доказана неэффективность назначения окситоцина пациенткам с данной патологией (L. Speroff, R.H. Glass, N. Kase, 2005).

Дифференцированная противоречивая терапия ДМК должна обязательно учитывать его патогенетический вариант, наличие у пациентки факторов риска развития синдрома непереносимости гестагенов (СНГ), ее репродуктивные планы, показатели содержания жировой ткани и индекса массы тела. Так, при гипоэстрогенных ановуляторных ДМК у женщины, не планирующей беременность, показано назначение КОК в циклическом режиме; при наличии репродуктивных планов — применение средств заместительной гормональной терапии с минимальным содержанием эстрогенов и адекватным содержанием прогестерона. В таких случаях мы рекомендуем принимать препарат Фемостон (эстрадиол 1 мг, дидрогестерон 10 мг) в течение 6 мес. При гиперэстрогенных ановуляторных кровотечениях целесообразна заместительная терапия гестагенами селективного действия в циклическом режиме — наиболее оптимально назначение дидрогестерона (Дуфастона) с 11-го по 25-й день менструального цикла. В случае необходимости контрацепции у женщины с гиперэстрогенными ановуляторными ДМК показано использование гестагенов местного действия в непрерывном режиме. У женщин с овуляторными ДМК на фоне НЛФ оптимальным решением является применение дидрогестерона с 15-го по 25-й день менструального цикла.

Что касается хирургических методов лечения меноррагий, то на сегодняшний день в качестве альтернативы гистерэктомии при рефрактерной к современному консервативному лечению (гормонотерапии) меноррагии рассматривается резекция (абляция) эндометрия: термальная, радиоволновая, электро- и лазерокоагуляционная. Примерно у 90% пациенток после абляции эндометрия отмечается уменьшение выраженности кровотечений, у 50% — наступает аменорея. И хотя наиболее радикальным и эффективным методом лечения меноррагий является гистерэктомия, данное оперативное вмешательство по сути является средством последнего выбора и может применяться только тогда, когда уже были безуспешно использованы все существующие на сегодня методики консервативной терапии.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов Марина Борисовна Хамошина посвятила выступление актуальным проблемам ювенильной гинекологии.



— К сожалению, сегодня медико-демографическая ситуация и в России, и в Украине характеризуется прогрессивным снижением репродуктивного потенциала населения. Так, в Российской Федерации количество фертильных женщин ежегодно снижается на 20%; при этом только четыре из десяти наступивших беременностей заканчиваются деторождением. Вместе с тем имеет место прогрессивное снижение доли детей и подростков в общей возрастной структуре населения, а ведь именно они и сформируют в будущем профессионально-производственный, культурный и репродуктивный потенциал страны. Наряду с количественным мы отмечаем и резкое снижение качества репродуктивного здоровья будущих родителей: в группе девочек-подростков растет частота инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий, дисменореи, гиперандрогении, достаточно высокой остается частота беременности и аборт. Поэтому в настоящее время именно работе детских гинекологов придается важнейшее значение в сохранении репродуктивного здоровья населения.

Хронические соматические заболевания, в той или иной мере затрагивающие системы, отвечающие за становление и реализацию функции материнства, на сегодня имеют 60-80% современных школьников. В их нозологической структуре преобладают заболевания пищеварительной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой системы и кроветворения. По данным проведенного нами исследования, 87% девушек в возрасте 13-18 лет имеют вредные привычки: около 77% из них употребляют алкоголь, 46% курят, 10-15% имеют опыт употребления наркотиков. В основе проблемы высокой частоты инфекционно-воспалительных заболеваний у подростков лежат такие факторы, как несоблюдение правил личной гигиены, ранний сексуальный дебют, промискуитет, пренебрежение рекомендациями гинекологов, касающимися лечения уже диагностированной патологии. Так, по данным проведенного нами анонимного анкетирования, многие девочки пренебрегают элементарными правилами интимной гигиены — 59,9% из них не совершают ежедневного туалета наружных половых органов, 95,2% носят синтетическое белье (причем каждая третья постоянно), 4% не меняют ежедневно нижнее белье. Что касается среднего возраста первого сексуального дебюта, на сегодня в РФ он составляет 16 лет. Из опрошенных нами 920 девушек, достигших 18-летия, только каждая восьмая начала половую жизнь после 18 лет, а каждая десятая — до 15. Результаты исследований, выполненных с участием более 3 тыс. девушек, свидетельствуют о том, что частота смены половых партнеров и их количество у современных девушек статистически сопоставимы с показателями женщин 35-40 лет. Практически каждая четвертая девушка еще до достижения совершеннолетия меняет столько же половых партнеров, как и взрослая женщина за всю жизнь. При этом 19% девушек признает одновременное наличие двух и более половых партнеров, что, как известно, сопряжено

с повышенным риском инфекций, передающихся половым путем (ИПП). Каждая восьмая девушка никогда не задумывалась о том, какими могут быть последствия ее сексуального поведения и отсутствия контрацепции для репродуктивного здоровья.

На наш взгляд, существенную роль в ухудшении репродуктивного здоровья девушек-подростков играет фактор семейного неблагополучия, неудовлетворительные условия проживания и воспитания: около 40% из них проживают в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях, 30,1% воспитываются в неполных семьях, 32,7% семей имеют недостаточный совокупный доход, родители 76,3% девочек имеют вредные привычки. Не может не вызывать тревоги и нарастающая частота феномена грацилизации девочек — отставания в темпах физического и полового развития, обусловленного дефицитом массы тела. Нами показано, что 88,9% девушек-подростков нерегулярно питаются, причем 38,8% принимают пищу менее 3 раз в день, 6,9% имеют количественно недостаточное питание. Дефицит массы тела различной степени имеют 16% девочек в популяции, причем у 3,3% отмечается выраженный дефицит. У девушек с недостаточной массой тела более чем в 30% случаев отмечается замедление темпов полового развития, у 3,3% имеет место первичная аменорея, у каждой четвертой — гипоменструальный синдром либо нерегулярные менструации.

По нашим данным, дисменорея наблюдается у половины девушек-подростков, однако за медицинской помощью обращаются только 4%. Данные, полученные при профилактических осмотрах, свидетельствуют, что у 87,6% девочек-подростков имеются те или иные клинические проявления гиперандрогении (преобладание межкломального размера над межвертелным, акне, себорея, гипертрихоз, гирсутизм, стрии, индекс талия/бедро >0,8).

Первая беременность, наступившая в подростковом возрасте, в 18,4% случаев заканчивается деторождением, в 81,6% — аборт. В последние годы титаническими усилиями удалось добиться прогрессивного снижения частоты наступления беременности и абортов у девочек подросткового возраста. Так, за последние пять лет этот показатель снизился на 27,5%. Единственным выходом из сложившегося положения, безусловно, является контрацепция. Исследования свидетельствуют о том, что современные девушки-подростки действительно заинтересованы в контрацепции: 67,3% девушек в возрасте 15-19 лет сексуально активны, при этом 94,5% убеждены, что беременность должна быть планируемой и желанной, 77,9% называют оптимальным для рождения первого ребенка возраст 20-25 лет. Вместе с тем наряду с общим положительным отношением девушек-подростков к использованию средств контрацепции на пути к более широкому их применению в реальности существует еще очень много субъективных и объективных препятствий, которые еще предстоит преодолеть. Среди них наиболее распространены следующие:

- отсутствие доверия к авторитету взрослых, в том числе врачей;
- высокая зависимость от мнения партнера и подруг;
- вера в мифы о негативном влиянии контрацептивов на внешность и здоровье;
- чрезвычайная уязвимость и подверженность страхам;
- как правило, финансовая и социальная зависимость;
- нерегулярное и неправильное использование средств контрацепции.

Следует отметить, что зачастую юные женщины все еще прибегают к использованию недостаточно эффективных методов контрацепции — прерванному половому акту, применению спермицидов. Однако в структуре используемых подростками регулярных методов контрацепции с каждым годом увеличивается доля КОК, и в этом состоит огромная заслуга врачей-гинекологов. На сегодня перед нами стоит задача обеспечить современных девушек-подростков адекватными средствами контрацепции не только с целью профилактики аборта со всеми его отрицательными последствиями для здоровья, но и в связи с необходимостью планировать беременность ввиду ее потенциального риска для организма.

Перспективы и направления дальнейшего развития детской и подростковой гинекологии, а также гинекологии в целом в XXI веке связаны со следующими очевидными уже сегодня тенденциями:

- высокой вероятностью очередной волны акселерации подростков;
- дальнейшим снижением репродуктивного потенциала европеоидной расы как в количественном, так и в качественном аспекте;
- начиная с подросткового возраста осознанием роли контрацепции как фактора, сохраняющего овариальный резерв женщины и снижающего риск аутоиммунного эндометрита, связанного как с внутриматочным вмешательством при искусственном аборте, так и с самопроизвольным прерыванием беременности;
- признанием церковью права человека на репродуктивный выбор;
- ростом медико-социальной значимости вспомогательных репродуктивных технологий.

Совершенно очевидно, что сохранить репродуктивный потенциал будущего поколения невозможно без максимально широкого информирования девушек-подростков по вопросам планирования беременности и родов, последствий аборта для здоровья женщины, безопасности современных средств контрацепции. Мы считаем, что такую информацию об основах репродуктивного здоровья современные девочки должны получать в стенах учебных заведений. В Российском университете дружбы народов такой проект уже успешно реализуется в рамках программы «Репродуктивное здоровье студентов». Его главными задачами является изменение стандартов сексуального поведения студентов на более безопасные и снижение частоты абортов и ИПП.

Что же касается подходов к решению вышеперечисленных проблем, с которыми развитым странам неизбежно придется столкнуться в самом ближайшем будущем, то основным из них безусловно должно стать осознание приоритетности гинекологии детского и подросткового возраста в системе охраны материнства и детства. Должна быть сформирована государственная заинтересованность в реализации системы мер, направленных на снижение частоты абортов и нежелательной беременности. Начиная с момента сексуального дебюта девушка должна в полной мере отдавать себе отчет в том, что начало половой жизни неразрывно связано с необходимостью предохранения от нежелательной беременности и ИПП, что беременность должна быть запланированной и ее наступлению должна предшествовать соответствующая преградивная подготовка.

Повышение уровня знаний населения о проблемах репродуктивного здоровья, безусловно, будет способствовать сохранению репродуктивного потенциала.

Подготовила Елена Барсукова