

ТОКОЛОГИЯ

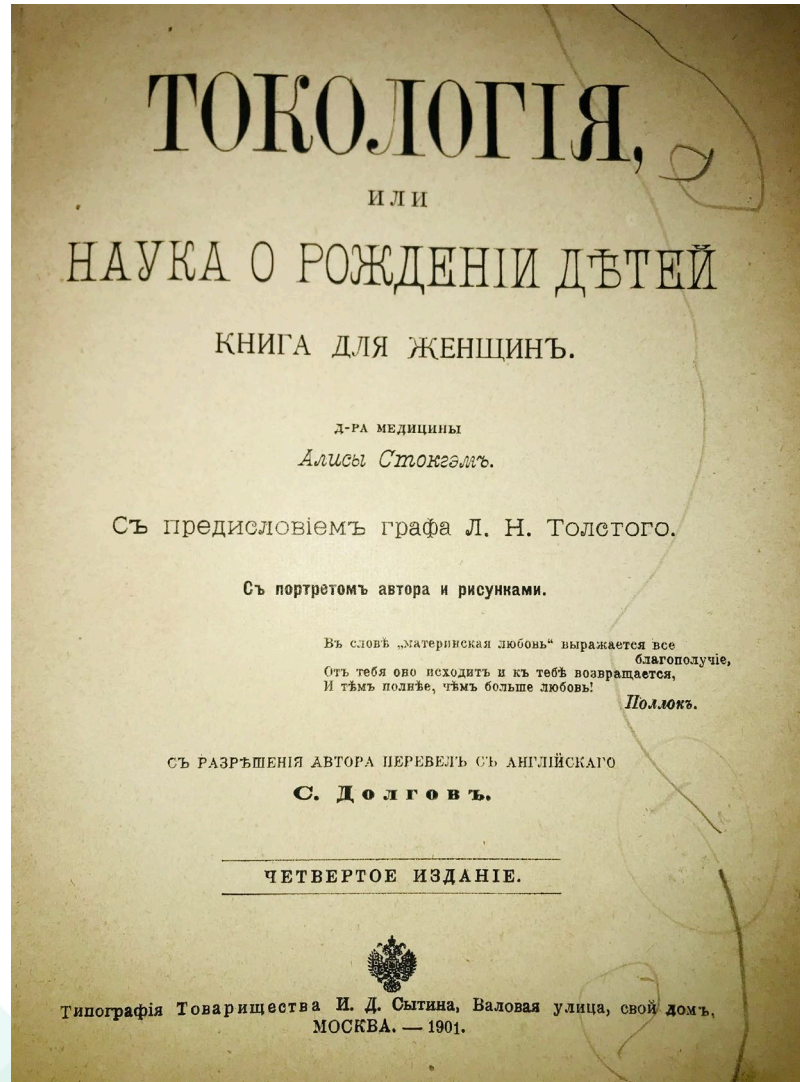
Наука о рождении детей

Леваков Сергей Александрович

Руководитель центра эндометриоза и тазовой боли
ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России,

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Института клинической
медицина им. Н. В. Склифосовского ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И. М.
Сеченова (Семёновский университет) Министерства здравоохранения РФ,
д.м.н., профессор

Здоровье женщины: от рождения до менопаузы.



Предисловие графа Л.Н.Толстого 2 февраля 1890 г.

Важно родителям знать как вести себя, чтобы без лишних страданий производить неиспорченных и здоровых детей, и еще важнее самим детям будущим родиться в наилучших условиях, как и сказано в одном из эпиграфов:

«To be well born is the right of every child»

Быть хорошо рожденным – право каждого ребенка.

Токология - наука о рождении детей.

Есть всякие самые странные науки, но такой науки нет, а между тем, после науки о том, как надо жить и как умирать, это самая важная наука.

*Рождение и воспитание ребенка
Составляет мудрость женщины.*

Теннисонъ

Мать всегда мать, святейшее из живых существ.

Кольриджъ

Репродуктивный – 15 - 44 лет

Пременопаузальный – 45 - 50 лет

Менопауза – 50,8 лет

Постменопаузальный

Молодой репродуктивный возраст до 34 лет

Все изменения в организме женщины направлены на осуществление и реализацию репродуктивной функции.

Оптимальный возраст для:

I РОДОВ - 20 – 22 лет

II РОДОВ - 25 лет

III РОДОВ - 28 – 30 лет

Наличие миомы, эндометриоза у молодой женщины (20-29 лет) свидетельствует о:

- наследственном заболевании;
- активном, рецидивирующем процессе.

Лечение в молодом возрасте

- **ЛЕЧИТЬ БЕСПЛОДИЕ**
- **КОРРИГИРОВАТЬ ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ (НЛФ цикла, ановуляцию)**
- **СОХРАНЯТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ**

Поздний репродуктивный возраст

ОСОБЕННОСТИ :

- Постепенно снижается гормональная функция яичников и соответственно для её поддержания повышается синтез гонадотропных гормонов.
- Накапливаются последствия перенесенных и сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.
- Суммируются гормональные нарушения.

Поздний репродуктивный возраст

ОСОБЕННОСТИ :

- Нарушаются клеточно-межклеточные отношения в органах репродуктивной системы – ↑ процессы пролиферации, ↓ апоптоз;
- Возникают мутации белка p-53 – гена-супрессора опухолевого роста.

На поздний репродуктивный возраст приходится «пик» гинекологической заболеваемости (в том числе ММ и Э).

Через 10-15 лет у большинства пациенток с ММ и Э возникнут показания к удалению органа.

Современный взгляд на патологию ШМ, ассоциированную с HPV.

Сексуально – трансмиссивная болезнь с тенденцией роста заболеваемости среди молодых женщин, 20-30 лет

Скрининговые программы в РФ выявляют только 7% РШМ и 20% CIN

до 90% обнаруживаются онкогенные типы HPV 16,18, 45,31,33

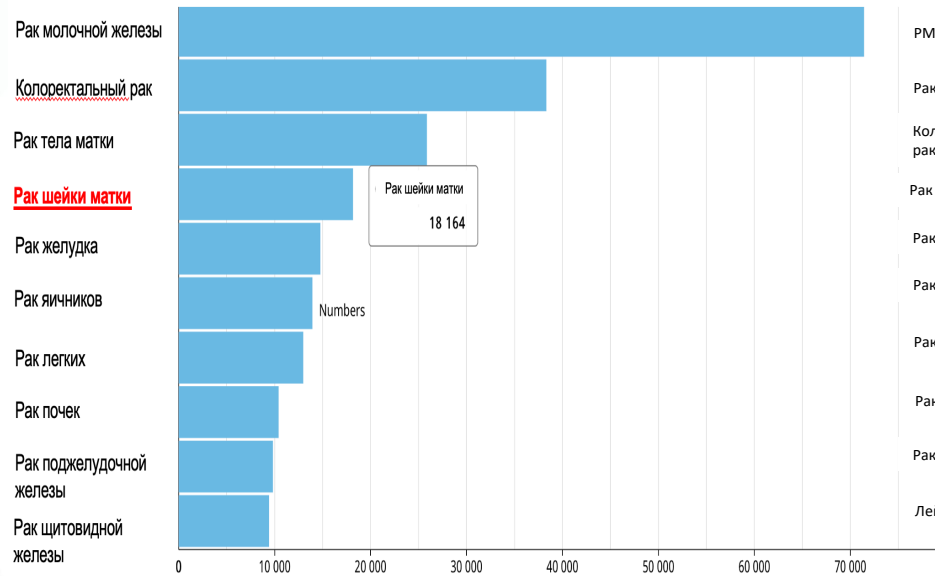
Заболевания ШМ

Цитологический ответ с "атипией клеток" требует проведения биопсии ШМ при контроле кольпоскопии

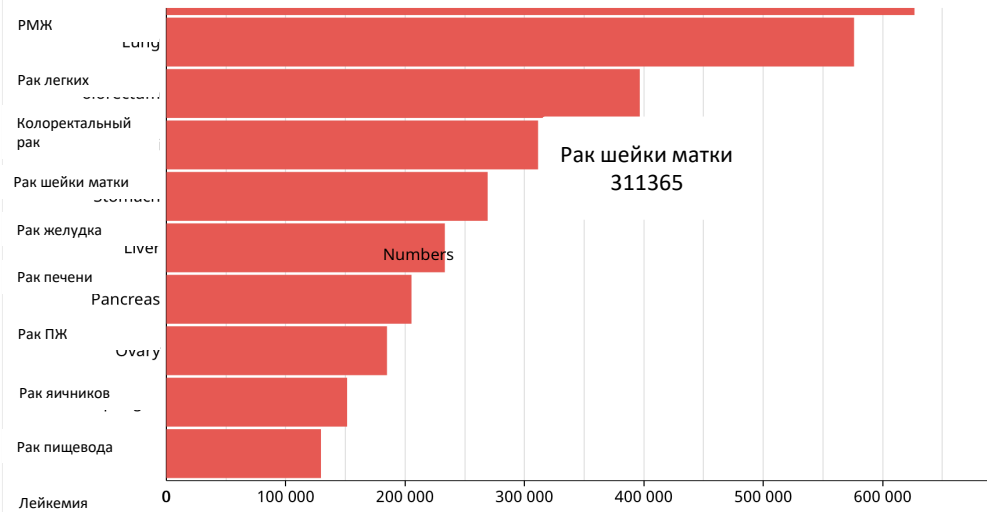
Нет единого клинического мнения о выборе метода деструкции и роли иммунотерапии в лечении

АКТУАЛЬНОСТЬ

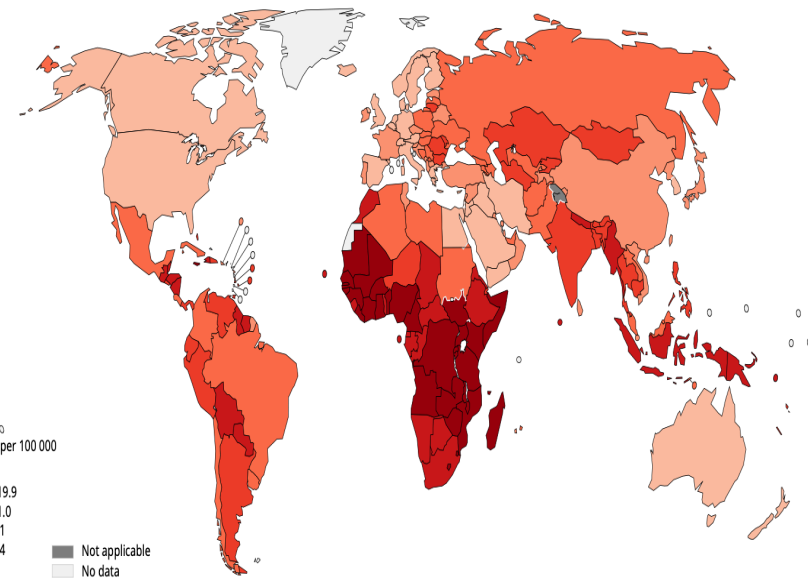
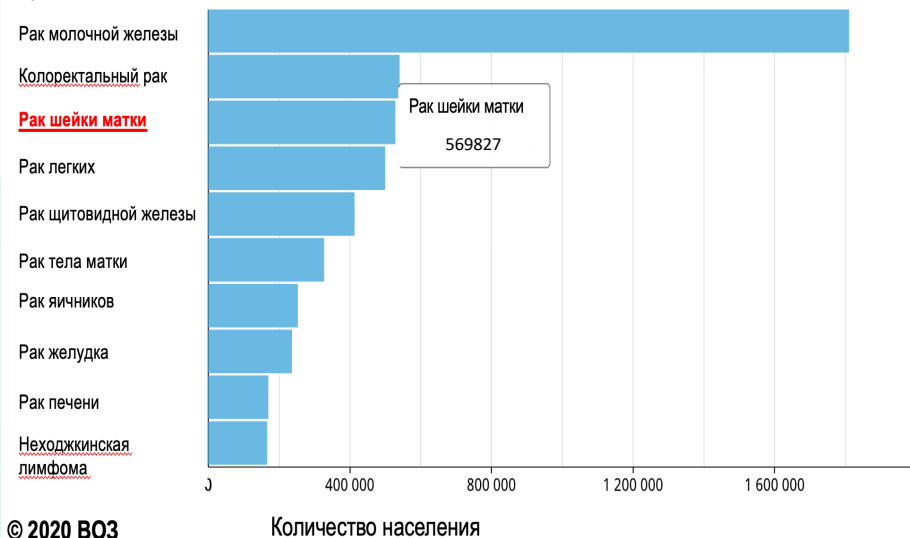
Количество новых зарегистрированных случаев рака различной локализации среди женщин в РФ в 2018г



Количество зарегистрированных смертей от злокачественных опухолей различной локализации среди женщин, 2018г



Количество новых зарегистрированных случаев рака различной локализации среди женщин в 2018г



Смертность от рака шейки матки, 2018г

Пременопаузальный возраст (46-50 лет)

- Постепенное прекращение репродуктивной функции и циклической деятельности Г–Г–Я–М системы.
- Снижение чувствительности яичников к гонадотропной стимуляции (к концу этого периода секреция ФСГ возрастает в 10-14 раз, ЛГ – в 3-4 раза).
- Увеличение продукции стрессовых гормонов (реакция «льва и кролика»).
- Уменьшение синтеза антистрессовых нейрогормонов (эндорфинов).

- Повышенная лабильность ССС, показателей гемо- и гомеостаза.
- Возрастание размеров яичников и матки, снижение их кровоснабжения.
- Активизация пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы (гиперплазия эндометрия, аденомиоз, эндометриоз, кисты и опухоли яичников).

У большинства пациенток в этом возрасте наблюдается быстрый рост миоматозных узлов, которые в совокупности с гиперплазией эндометрия, эндометриозом являются основным показанием к удалению матки.

- Маточные кровотечения (32-48%).
- Анемия (37-54%).
- Опухоли яичников (18-27%).
- Гиперплазия и рак эндометрия (42%).

ЛЕЧЕНИЕ

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

УДАЛЕНИЕ МАТКИ

Постменопаузальный возраст.

Менопауза у здоровых – $50,8 \pm 0,9$ лет

При миоме матки – $53,6 \pm 1,1$ лет

ОСОБЕННОСТИ :

- Практическое прекращение секреторной функции яичников, их атрофия.
- Атрофия эндометрия и других гормонально зависимых тканей.

- Эстрон (E_1) – на молекулярном уровне может усиливать экспрессию онкогенов, ФР и опухолевую трансформацию клеток (ожирение, гипотиреоз, гиперплазия коры надпочечников).
- Инволюция и апоптоз органов и тканей.

Клинические проявления нерегрессирующей ММ в постменопаузе:

- ✓ Отсутствие уменьшения размеров матки
- ✓ Кровянистые выделения.
- ✓ Патология эндометрия (гиперплазия, отсутствие атрофии – М-эхо до 8 мм и более).
- ✓ Сочетание ММ с эндометриозом и ГПЭ.
- ✓ Хроническая анемия.
- ✓ Отсутствие физиологической атрофии яичников (в норме $3,6 \pm 1,4$ см). В первые 5 лет постменопаузы их размеры уменьшаются на 20%, после 10 лет – на 30-35%, в 70 лет – на 50% (маленькие сморщенные яичники).

Нерегрессирующая миома матки в постменопаузальном возрасте является маркером онкопатологии органов репродуктивной системы (опухоль яичников, гиперплазия или рак эндометрия).

Продукция Э столь низкая, что удаление яичников не сопровождается снижением его содержания в крови и моче.

В организме повышается содержание тестостерона и андростендиона (андрогенное воздействие).

Стабильно высокая продукция гонадотропинов (в десятки раз!) – «пиковая флюктуация».

Гонадотропины – ингибиторы апоптоза и индукторы-посредники пролиферации.

Основным методом лечения больных в постменопаузе является оперативное - удаление матки.

В пери- и постменопаузальном возрасте – соблюдать разумную онкологическую настороженность (саркома в узле, рак эндометрия, опухоль яичника).

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России/Москвы (И.Д. Каприн и соавт., 2022)

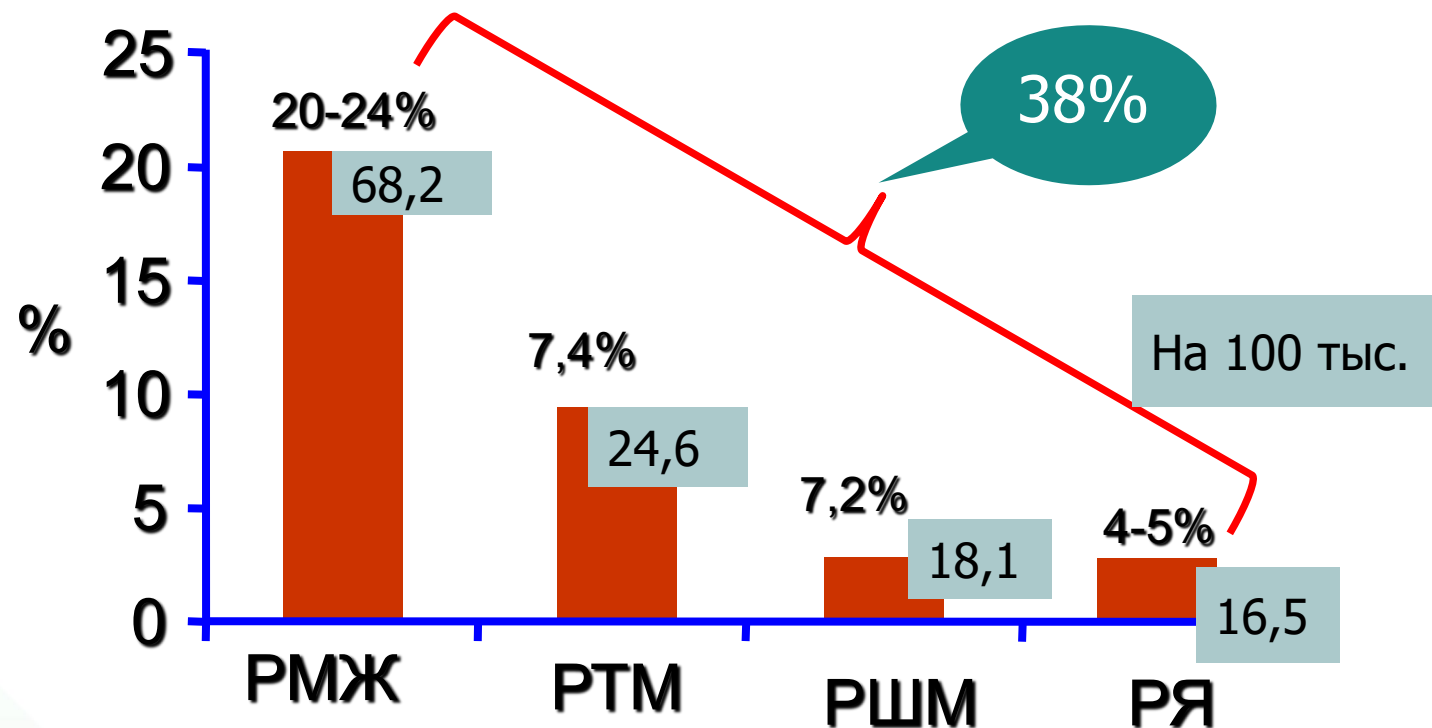


Высокая частота в структуре онкологической заболеваемости среди женщин

Динамика прироста (%)
в РФ за 10 лет + 15%

Женское население РФ – около 80 млн.

Активная
выявляемость -
12 -15%



Гинеколог может предотвратить до 40% злокачественных новообразований среди женщин!? Это около 100 тыс. Женщин в год.



Основные аспекты проблемы ранней диагностики...

- Профилактика лучше, чем самое хорошее специализированное лечение;
- Рак чаще встречается в зрелом возрасте, а эти пациентки не проходят диспансеризацию и выпадают из скрининговых программ;
- Почему программы скрининга не дают ожидаемого результата ?
- **Что дает диспансерное наблюдение для групп женщин с высоким онкологическим риском?**



Основные медико-социальные характеристики женщин с онкогинекологической патологией:

- преобладание группы лиц с низким образовательным уровнем (64,2%);
- бессистемно обращающихся за медицинской помощью (72,6%),
- не имеющих семьи (57,4%),
- имеющих неблагоприятный репродуктивный и абортный анамнез (17,5%)
- генетическую предрасположенность к онкозаболеваниям по матери (51,7%),
- повышенную массу тела (22,5%);
- Имеющих любых родственников больных раком???

Онконастороженность пациентов...

- Пациент должен срочно явиться к врачу, если...
- Заметил образование, “ шишку” в молочной железе, шее, паху, подмышкой и т.д., пациент должен обращать внимание на:
- Изменение формы и размера груди; поверхности кожи, отсутствие тяжей и припухлостей, цвета, утолщений, “апельсиновой корки” , Изменения соска или язвы, появление капелек крови или жидкости;
- Неравномерную твердость груди, асимметрию, фиксацию к кожи образования...
- Врач должен быть готов распознать симптомы метастазирования: трудности дыхания, боли в костях, симптомы гиперкальциемии, вздутие живота, иктеричность склер, желтушность, неврологические симптомы...

Факторы риска - общие закономерности у онкологических больных.

У всех больных, с выявленной онкологической патологией, предшествовали: длительная повышенная экспозиция эстрогенов, прогестероновая недостаточность и формируемая инсулинорезистентность;

- Врачи общей практики и гинекологи должны знать о повышенном риске развития рака ОЖРС среди больных гиперпластическими заболеваниями, вызванных гиперэстрогенией.
- В связи с этим для ранней диагностики онкологической патологии необходимо внедрять в клиническую практику доврачебное анкетирование пациенток, по результатам опроса и гинекологического осмотра - формировать группы повышенного риска рака ОЖРС.
- Все пациентки с повышенным риском рака должны обследоваться по расширенной программе, составленной индивидуально, что позволяет выявить рак на ранних стадиях развития.
- Ведение пациенток из группы риска, должно включать системное лечение гиперпластических заболеваний под обязательным контролем эффективности терапии.

Спасибо за внимание!

