РАБОТАЯ НАД ВЫПУСКОМ ЖУРНАЛА, ПОСВЯЩЕННОГО ЖЕНСКОМУ ЗДОРОВЬЮ, МЫ ОЧЕНЬ ХОТЕЛИ, ЧТОБЫ В НЕМ ПОЯВИЛОСЬ ИНТЕРВЬЮ С ГЛАВНЫМ АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ НАШЕЙ СТРАНЫ. ХОТЕЛИ, НО НЕ ОЧЕНЬ ВЕРИЛИ, ЧТО ТАКОЕ ВОЗМОЖНО. НО НЕОЖИДАННО ДЛЯ НАС ЖЕЛАНИЕ ИСПОЛНИЛОСЬ: НЕСМОТРЯ НА ЗАНЯТОСТЬ, ЛЕЙЛА ВЛАДИМИРОВНА АДАМЯН НАШЛА ВРЕМЯ И ОТВЕТИЛА НА ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ СЕЙЧАС ТАК ТРЕВОЖАТ И ВРАЧЕЙ, И ПАЦИЕНТОК


«ЖЕНСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ
ТРЕБУЕТ
ОСОБОГО
ВНИМАНИЯ»



Автор:
Марина Зориковна Аствацатурян,
научный журналист

– Как повлиял ковид на Вашу практику? Изменилось ли за последние полтора года число беременных по сравнению с таким же периодом в доковидные времена? Можно ли говорить о том, что за время пандемии в связи с санитарными ограничениями и занятостью персонала ковидными больными уменьшилось число визитов пациенток, которые должны наблюдаться у вас регулярно?

– Несмотря на то что мы ожидали резкого снижения рождаемости в связи с пандемией, в связи с ограничениями и страхом заболеть, к счастью, этого не произошло. Показатели по Москве с доковидным временем сопоставимы. Эту информацию мне подтвердил главный акушер-гинеколог Москвы профессор Оленев Антон Сергеевич. Конечно, санитарные ограничения и риск роста заболеваемости послужили основой для принятия определенных новшеств. Например, консультации беременных стали более концентрированными, насыщенными, при которых выполняется максимальное количество лабораторных и инструментальных, дополнительных методов обследования, в том числе и скрининговых программ. В этой части, как и всегда, мы работали в рамках временных методических рекомендаций Минздрава России по COVID-19 при беременности.

Также были введены дистанционные методы наблюдения за больными, контроля за динамикой состояния плода и возможности применения телеконсультаций.

Все это было предпринято для того, чтобы сохранить необходимый уровень оказания медицинской помощи беременным и выполнение необходимых скрининговых программ, с одной стороны, и снижения риска распространения инфекции – с другой.

Таким образом мы достигли результатов в обследовании и лечении беременных при сохранении всех принципов профилактики распространения новой коронавирусной инфекции.

– Накопилось ли уже достаточное количество данных, чтобы утверждать, что коронавирус у беременной не влияет на развитие плода и не передается новорожденному?

– Не совсем так. Есть большое число исследований и наш собственный опыт на базе крупнейшего ковидного госпиталя (в том числе и для беременных) города Москвы – ГКБ № 15. Данные свидетельствуют, что при среднетяжелой и тяжелой форме ковид влияет на течение и исходы беременности и родов в части невынашивания беременности, преждевременных родов, необходимости выполнения кесарева сечения по показаниям со стороны матери и плода в связи с ковид-инфекцией (дистресс плода и других состояний, требующих экстренного родоразрешения), что увеличило частоту кесаревых сечений на 25–30%. Кроме того, масса плода у беременных с COVID-19 ниже по сравнению с детьми, рожденными от матерей без ковид-инфекции. И такие дети чаще попадают в отделения интенсивной терапии в связи с дыхательными и другими отклонениями, что объясняется наличием системной воспалительной реакции, нарушением гемостаза, вирусной нагрузкой, цитокиновым штормом, снижением иммунитета, влияющими не только на здоровье беременной, но и на плод.

Подтверждает ли это внутриутробную передачу вируса плоду? На сегодняшний день доказательств вертикальной передачи нет: вирус не обнаружен ни в плаценте, ни в околоплодных водах, ни в пуповинной крови.

Тяжелое течение COVID-19, как показали данные литературы и наши собственные по исходам 1245 родов, наблюдается преимущественно при наличии следующих факторов риска: артериальная гипертензия (АГ), нарушения гемостаза, заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, болезни почек, печени, сахарный диабет (СД), метаболический синдром, операции в анамнезе, опухоли, снижение иммунитета, а также отягощенное течение предыдущих беременностей.

Что касается большинства беременных с COVID-19, то у них наблюдается легкое течение, не требующее госпитализации, но такая

когорта женщин требует тщательного наблюдения врачей на протяжении всей беременности (что детально прописано во временных методических рекомендациях Минздрава России по COVID-19 при беременности).

– Согласно временным методическим рекомендациям Минздрава России о вакцинации населения от COVID-19, вакцинация против нового коронавируса беременных из группы риска тяжелого течения заболевания «Спутником V» целесообразна с 22 недель беременности. Как Вы считаете, допустима ли вакцинация беременной, если она не из группы риска, но осознанно хочет оградить себя от заболевания?

– Да, я считаю, что допустимо. Известно, что согласно всем международным протоколам и резолюциям FDA, CDC, ACOG и 20 других сообществ, вакцинацию признают необходимостью, в том числе настойчиво рекомендуют во время беременности. Согласно опубликованным данным о течении беременности и родов и мониторинга состояния плода у более 120 тыс. женщин, прошедших вакцинацию во время беременности, не знавших о своей беременности, не выявлено отрицательного влияния вакцины ни на беременность, ни на плод при тщательном наблюдении и обследовании новорожденных. Более того, в пуповинной крови и грудном молоке вакцинированных во время беременности женщин обнаружены антитела, что является свидетельством дополнительной защиты плода от COVID-19. И еще, среди умерших больных и пациентов с тяжелым течением ковида 99,9% не были вакцинированы. Это еще один аргумент в пользу вакцинации вне и во время беременности.

– Какова в целом ответственность врачей первичного звена в плане сохранения женского здоровья?

– Ответственность за сохранение здоровья и жизни лежит как на уровне здравоохранения, так и является личной ответственностью пациентки. В целом, здоровье женщины зависит в 50% от образа жизни, в 20% – от уровня оказания медицинской помощи, в 15% – от генетики, в 15% – от случайных факторов (различных экологических катастроф и др.).

Во время пандемии особую значимость приобрели вакцинация, соблюдение правила санитарно-эпидемиологического режима и образ жизни.

В плоскости социальной ответственности важны основные принципы: охрана своего здоровья и здоровья окружающих, особенно пожилых людей и будущего потомства. Наши данные показали негативное воздействие коронавирусной инфекции на мужское здоровье при изучении эякулята мужчин, перенесших коронавирусную инфекцию, что подтвердилось данными РНК-секвенирования. Воздействия вакцинации нами не выявлены. Немаловажно, что вакцинация – это свобода перемещения, общения.



Лейла Владимировна Адамян, главный акушер-гинеколог Российской Федерации, академик РАМН, заслуженный деятель науки, лауреат премии Правительства РФ, доктор медицинских наук, профессор. Руководитель отделения оперативной гинекологии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова

– Могли бы Вы выделить наиболее уязвимые этапы в женском здоровье на пути от менархе до менопаузы и постменопаузы? Когда и на что нужно обращать особое внимание?

– Женское здоровье требует внимания и особого подхода от зачатия и в каждые последующие периоды жизни. В детском, подростковом и юношеском возрасте очень важны соблюдение режима труда и отдыха, оценка менструаль-



ного цикла, профилактика воспалительных заболеваний, оценка гормональных параметров, диспансеризация в целом с целью выявления нарушений репродуктивного здоровья, что позволит избежать проблем в последующем.

В репродуктивном периоде – планирование наступления беременности и родоразрешение в возрасте от 25 до 35 лет (наиболее благополучно), прегравидарная подготовка, бережное ведение беременности, минимизация КС, правильно подобранная контрацепция.

В периоде перименопаузы требуется обследование женщин для выявления дефицитов половых гормонов, своевременной их коррекции наряду с активным образом жизни и сбалансированным питанием с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, профилактика и раннее выявление гиперпластических заболеваний и опухолей, которые в этом периоде наблюдаются чаще.

– Одно из важнейших направлений Ваших научных интересов – эндометриоз. Насколько распространен этот диагноз, как менялись статистика эндометриозов и подходы к его лечению на протяжении Вашего научного пути?

– Эндометриоз с самого начала его выявления и по сегодняшний день остается хирургическим заболеванием. Почему? А потому, что только хирургическое удаление любыми видами энергий позволяет ликвидировать морфологический субстрат. Но за это время частота выявления эндометриоза увеличилась в 1,5 раза, что частично связано с улучшением диагностики (в том числе и внедрением диспансеризации, методов визуализации: МРТ, УЗИ, гистероскопия, лапароскопия), хотя многими учеными подчеркивается и роль экологии.

Важность проблемы эндометриоза в медицине связана с влиянием на репродуктивную функцию (бесплодие, невынашивание), сочетаниями с другими заболеваниями (миома матки, гиперплазия эндометрия), а также множеством локализаций в органах репродуктивной системы и экстрагенитальных, вызывающих различные жалобы, связанные с распространением очагов в различные органы и системы (мочевыделительная, ЖКТ, дыхательная и др.), что требует мультидисциплинарного подхода, и в целом свидетельствует о сложности патологии.

Доминирующим симптомом является болевой синдром, который, как правило, имеет приступообразный циклический характер и порой вызывает изнуряющие боли, не купируемые обезболивающими и противовоспалительными препаратами, что становится причиной оперативных вмешательств.

Общеизвестно, что продолжительность процесса диагностики (от первых симптомов дис-

менореи до установления диагноза) длится около 7,5 лет, что свидетельствует об отсутствии должного внимания к оценке симптомов заболевания, способствует прогрессированию, выявлению тяжелых инфильтративных форм, требующих радикальных операций.

Подходы в лечении радикально не изменились. Все кистозные формы (эндометриоидные кисты яичников), инфильтративные формы, вызывающие нарушения функционирования смежных органов, болевой синдром, бесплодие, требуют оперативного вмешательства.

Но зачастую этим не заканчивается, так как качество жизни требует дополнительного восстановления в связи с хронизацией процесса. В этом отношении эффективно медикаментозное лечение: противовоспалительная терапия, прогестагены, агонисты ГнРГ, методы восстановительного лечения (в том числе и физиотерапия). Изменились только лекарственные средства, которые в настоящий момент имеют более современную молекулу, обладают меньшими побочными явлениями. В части реализации репродуктивной функции при отсутствии эффекта от стандартных методов все чаще используют методы ВРТ, что позволяет достичь достаточно высоких результатов.

Мой путь изучения эндометриоза длится почти 50 лет. Как был эндометриоз загадкой века, так им и остается. Заболевание не щадит ни подростков, ни женщин репродуктивного возраста, встречается в перименопаузальном периоде, а в ряде случает является фактором риска развития злокачественных заболеваний (хотя озлокачествление не доказано).

– Одна из Ваших специализаций еще со времени кандидатской диссертации – репродуктология. Расскажите, пожалуйста, что привело Вас в эту область, как Вы сделали этот выбор?

– Моя научная деятельность началась с изучения репродуктивной системы у пациенток с эндометриоидными кистами яичников (кандидатская диссертация). Репродуктивная система у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями матки и придатков – вопросы диагностики, лечения и реабилитации – предметы докторской диссертации. Репродуктивной медициной я занимаюсь с первых дней после окончания университета. Этому посвящено много научных работ, монографий, патентов, новых хирургических методик.

Первые пункции фолликулов при лапароскопии были проведены мною с целью изучения состояния ооцитов и фолликулов, перитонеальной жидкости, рецепции эндометрия, гормонального лечения больных, восстановительного лечения после операции и др.

– В 2002 году Вам было присвоено звание «Заслуженный деятель наук РФ» и присуждена Премия Правительства РФ в области науки и техники за внедрение эндоскопической техники в гинекологию. Как изменилась эта техника за минувшие два десятилетия?

– Появились новые хирургические энергии, искусственный интеллект, роботические инструменты, новые доступы, новый полимерный шовный материал.

– Международный конгресс по репродуктивной медицине, регулярно организуемый Вами, Ваше детище, ежегодно собирает большое количество участников не только из России, но и со всего мира. Расскажите о международном сотрудничестве, которое Вы ведете на постоянной основе, с какими зарубежными клиниками Вы и ваши сотрудники ведете совместную работу?

– Нами проведено 15 международных конференций по репродуктивной медицине с участием зарубежных ученых и 34 конференции – по новым технологиям в гинекологии (с курсом эндоскопии). Многолетнее сотрудничество с многими университетами и ведущими учеными.

– Вам удается почти невозможное: совмещать работу практикующего хирурга, главного специалиста Минздрава, научную работу, просветительскую деятельность и при этом Вы в отличной форме, прекрасно выглядите и поддерживаете тесную связь во своей большой семьей. В чем секрет Вашей неиссякаемой энергии? Как Вы восстанавливаетесь, что дает Вам силы и вдохновение?

– Человеческий фактор, воспитание, самовоспитание, дисциплина, творческий подход к работе, желание добиться лучшего результата.

Восстановление: результат, желание помочь людям, любовь сотрудников и пациентов, позитив и вера.

Эндометриоз и репродуктивная хирургия и медицина – это целый университет, который я проходила в процессе всей моей жизни. В последующем: организована I кафедра репродуктивной медицины и хирургии в МГМСУ им. А. И. Евдокимова, журнал «Проблемы репродукции» и большое количество учеников под моим руководством, выполняющих кандидатские и докторские диссертации.