

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#3 [88] 07 / 2022 / StatusPraesens



**[Шаг
к идеалу
и есть
идеал]**

цитата

Фазиль Искандер

тема
№

**Бесконечность
стремления
к совершенству**

Дневной стационар — благая идея, но финансово провальный проект • Клинические рекомендации «Бактериальный вагиноз» следует отозвать и создать новый протокол • У пациенток со склероатрофическим лишеном тревожность и депрессию диагностируют в несколько раз чаще • Становление менструальной функции: чему не учат в школе? • Избыток жировой ткани снижает рецептивность эндометрия



Уважаемые коллеги!

Работа врача — это прежде всего **ежедневное преодоление** многих трудностей, что требует от специалистов колоссальных знаний, огромного практического опыта и принятия порой **мгновенных** решений без паники и промедления. И вы согласитесь со мной, что выход из **сложнейших, порой экстремальных** клинических ситуаций даёт мощный прилив энергии, побуждает достигать новых профессиональных высот, вызывает острое желание узнавать новое. Именно поэтому **живой интерес к нашей профессии** акушера-гинеколога, к чуду зарождения новой жизни и появления на свет маленького человека не исчезает, а только крепнет год от года.

Коллеги, сколько родов мы видели за годы своей работы? Удивительно, но **каждый случай уникален**. Нередко при ведении, казалось бы, «бесперспективных» пациенток, когда у женщины в анамнезе были тяжёлые заболевания, репродуктивные неудачи, мы **просчитываем** все риски, **учитываем** все возможные осложнения, о которых будущая мать даже не подозревает. И после логического завершения гравидарного периода — рождения ребёнка — нас охватывает чувство внутренней гордости: да, мы **успешно справились** со своей задачей!

Нам предстоит решить немало подобных вопросов, поскольку наше население **нельзя назвать здоровым**, и этому есть много объяснений. Сегодня в репродуктивный возраст вступило поколение родившихся и выросших во времена перестройки, в 1990-е годы и в начале «нулевых». К тому же сейчас многие предпочитают заниматься **самолечением**, основываясь на статьях из интернета, а с последствиями потом приходится **бороться нам**, врачам. В этом также состоит наша **просветительская миссия**: доступно и без преувеличений давать пациенткам информацию, отвечать на возникшие вопросы. **Грамотные и обоснованные** пояснения — гарантия доверительных отношений между пациенткой и врачом и одна из составляющих успеха в преодолении недуга.

Однако, чтобы максимально эффективно использовать знания в работе, **просвещаться нужно и нам самим**. Тем более сегодня для этого есть все возможности. StatusPraesens проводит очные мероприятия, а также вебинары и онлайн-школы, позволяющие учиться где угодно, слушая в наушниках уже родные голоса экспертов — на работе, в огороде, в дороге. Опыт прогрессивно-продвинутой команды спикеров и практикующих коллег, передаваемый в лекциях, со страниц журнала или ставших настольными книг, **бесценен**. А приложение **SPNavigator** значительно облегчает нашу работу: все необходимые специалистам клинические рекомендации **всегда под рукой**.

В июне мы традиционно отмечаем наш **профессиональный праздник** — День медицинского работника, когда мы вспоминаем обо всех достижениях и умениях докторов, об их трудовых подвигах, которые они совершают ежедневно. Дорогие коллеги, с праздником! Спасибо вам огромное за неумолимость! Здоровья вам и сил!

Врач акушер-гинеколог экстренной помощи перинатального центра сахалинской областной клинической больницы,
председатель комитета по здравоохранению
Общественной палаты сахалинской области **С.А. Москалева**

Status

гинекология акушерство

3 [88] 07 / 2022 / StatusPraesens

научно-практический журнал для акушеров-гинекологов
и специалистов акушерско-гинекологической службы

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Ответственный секретарь редакции: Алена Сергеевна Митина

Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев,

канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Ольга Раевская, Мила Мартынова,
Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва

Препресс-директор: Нелли Демкова

Художественный директор: Лина Тавдугмадзе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скучочкина

Выпускающий редактор: Денис Мурских

Инфографика и дизайн: Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шibaева

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская

Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)

Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №Ф8 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 18 июля 2022 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика» (105005, г. Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, пом. III, комн. 6., www.periodika-printshop.ru. Заказ №27361) / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «на правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: © lambda / Signature /iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

© ООО «Статус презенс»

© ООО «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

raeSenс

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский Виктор Евсеевич

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Крутова Виктория Александровна (Краснодар)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)

Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (Москва)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савичева Алеветина Михайловна (С.-Петербург)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)

STATUS Pra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

«Я разгадала знак бесконечность...»

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о бесконечном стремлении к совершенствованию медицинской помощи и препятствиях на этом пути

Причина роста неинфекционных гинекологических заболеваний — отсутствие культуры заботы о здоровье, которое передаётся чуть ли не с молоком матери. Страшные истории о «карательной гинекологии», холодных руках и осуждающем взгляде врача юные пациентки слышат почти с рождения и с удовольствием делятся с подругами такой «взрослой информацией». Неудивительно что всеми правдами и неправдами девочки-подростки избегают кабинета акушера-гинеколога во время профилактических осмотров.

12 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ

Пополнение в рубрикаторе

Критический анализ новых клинических рекомендаций «Бактериальный вагиноз»

Раевская О.А., Дьяконов С.А.

21 ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМОБОРОНЫ

Сны о чём-то большем

Интервью с директором юридической компании «Правовой медицинский контроль» Мариной Анатольевной Агапочкиной (Екатеринбург)

Иванов А.В.

29 ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Девочка становится девушкой

Тактика действий акушера-гинеколога при нарушениях менструального цикла у подростков

Колода Ю.А., Мартынова М.А.



Созревание репродуктивной системы предполагает отсутствие овуляции в большинстве циклов в течение первых лет после менархе. Ановуляция в свою очередь ассоциирована с НМЦ — олигоменореей, межменструальными выделениями и продолжительными ежемесячными кровотечениями. Таким образом нестабильность менструального цикла можно расценивать как временную норму у девушек. Однако всё же остроактуален вопрос, считать ли НМЦ в подростковом возрасте физиологичными и когда акушеру-гинекологу следует начинать диагностический поиск возможных проблем?

37 VIA SCIENTIARUM



Игра на повышение

Пациентка с ожирением на акушерско-гинекологическом приёме: особенности менеджмента

Доброхотова Ю.Э., Москвичёва В.С.

Ожирение увеличивает риск как минимум 13 различных видов рака, включая опухоли прямой кишки, пищевода, поджелудочной и щитовидной желёз, печени, желудка, почек, жёлчного пузыря. Впрочем, многочисленные исследования подтверждают влияние избыточной массы тела и на вероятность онкогинекологических заболеваний, а также нарушений репродуктивной функции. В этой связи становится понятно, что в ведении пациенток с ожирением должны участвовать не только терапевты и эндокринологи. Каждый акушер-гинеколог обязан говорить женщинам о важности снижения избыточного веса и разъяснить им необходимость рационального питания и регулярных физических нагрузок.

45 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Дневной дозор. Надежды и реальность

Что тормозит развитие дневных стационаров в акушерстве?

Князев С.А., Щукина А.В.

Дневная форма оказания медицинской помощи — благая и абсолютно правильная идея, поскольку госпитализация в круглосуточное отделение при отсутствии круглосуточного же лечения или мониторинга представляет собой бессмысленное времяпрепровождение. Преимущества дневной формы очевидны для всех: пациентки ночуют дома, не возникает необходимости в круглосуточных постах, существует возможность экономии заработной платы. Однако в реальности всё намного сложнее. Главная причина абсолютной непривлекательности дневного стационара — его убыточность.

53 BACK UP



Мульти вселенная влагалищных выделений

Эволюция терапии вагинозов и вагинитов

Радзинский В.Е., Дьяконов С.А., Раевская О.А.

Нужно признать, что врачи не всегда способны адекватно помочь пациентке с вагинальным дисбиозом — причины возникновения БВ и патологические механизмы его рецидивирования установлены не полностью. По подсчётам американских экспертов (2020), рецидивы БВ имеют место более чем в 50% эпизодов даже после мероприятий, выполненных согласно действующим гайдлайнам. В итоге женщины жалуются на непоследовательный и невнимательный подход акушеров-гинекологов к терапии БВ. Ещё одна причина недовольства — назначение неприемлемых для конкретной больной способов лечения.

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

60



Непростые простагландины

Прошлое и настоящее многогранных эйкозаноидов

Дьяконов С.А.

Для «акушерских эйкозаноидов» сейчас наступил период осторожных оценок и относительного скепсиса. Главная сложность использования простагландинов, как и полвека назад, заключается в достижении оптимального баланса между эффективностью и низким риском побочных эффектов — гипертонуса матки и последующей гипоксии плода. К сожалению, достичь такого равновесия непросто. В чём причина этой проблемы? В это нелегко поверить, но точный ответ на вопрос о том, как именно «работают» простагландины при нормальных родах, до сих пор так и не получен.

66

ЦЕННЫЙ КАДР

69

РАБОТА
НАД ОШИБКАМИ

Не место для агрессии

Репродуктивная инфектология: как улучшить результаты терапии?
(По материалам выступлений проф. А.А. Хрянина, доц. Т.Н. Бебневой,
проф. А.В. Соловьёвой)

Москвичёва В.С.

При профилактических осмотрах примерно у 70% пациенток выявляют эктопию цилиндрического эпителия шейки матки. Ни для кого не секрет, что ранее при её обнаружении часто рекомендовали оперативное вмешательство. К сожалению, некоторые клиницисты до сих пор придерживаются подобного подхода. Между тем необоснованная деструкция эктопированного цилиндрического эпителия и нормальной зоны трансформации не предупреждает прогрессирование заболевания в скрытой части цервикального канала и способствует трудностям в диагностике.

75

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

Вернуться в зону комфорта

Склероатрофический лихен: современные представления

Хрянин А.А.

Учёные и врачи-практики нередко называют склероатрофический лихен аутоиммуннопатогенной и геномной загадкой: этиология этого заболевания доподлинно неизвестна. Наиболее часто состояние встречается в препубертатном и постменопаузальном периодах, а время от появления симптомов до установления диагноза занимает от 5 до 15 лет. При этом поздняя верификация и отсутствие терапии становятся причиной формирования рубцовых изменений в области клитора и малых половых губ, впоследствии вызывающих сужение входа во влагалище, диспареунию, перинальный стеноз и болезненность дефекации.

80

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

«я разгадала знак бесконечность...»*

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о бесконечном стремлении к совершенствованию медицинской помощи
и препятствиях на этом пути



Главный редактор
член-корр. РАН, проф. Виктор Радзинский

Тема текущего выпуска журнала — «бесконечность стремления к совершенству» — настраивает нас на философский лад. Что такое **бесконечность**? Безграничность, беспредельность как в бытовом, так и в познавательном смысле, **неисчерпаемость познания**.

«Мы лишь исследователи бесконечности в погоне за абсолютным совершенством...» — говорит об учёных-математиках герой фильма «Человек, который познал бесконечность» проф. Годфри Харольд Харди (Godfrey Harold Hardy). Эти слова можно отнести и к врачам. Вся наша профессиональная жизнь — **поиск**, изучение, проверка гипотез.

Нужно признать: многое мы пока не знаем и не умеем, что-то бросаем на полпути, так и не добравшись до сути. Несмотря на наличие гайдлайнов и протоколов, ведение пациенток и выбор лечения часто заставляют клиницистов поломать голову, чтобы сложить пазл из разумной достаточности, максимальной эффективности и целесообразных финансовых затрат. Профилактика заболеваний также **не оправдала** возложенных на неё надежд. Что мы можем предпринять?

Несмотря на то что для акушера-гинеколога первостепенны вопросы сохранения репродуктивного здоровья населения, в современных реалиях приходится учитывать множество нюансов, в том числе **эстетические потребности** пациенток. В чём для них стремление к совершенству? Зачастую желание быть идеальной во всём приводит на приём практически здоровых женщин с намерением улучшить внешний вид гениталий. Иногда оно обусловлено снижением качества жизни из-за дискомфорта при половых контактах, занятиях спортом, ношении тесной одежды в связи с **особенностями анатомического строения**. В такой ситуации возможно травмирование тканей и вмешательство действительно целесообразно.

* Земфира «Знак бесконечность».

[**Предиктивность! Вот на чём должен быть фокус абсолютно всех современных специалистов, в том числе акушеров-гинекологов. Однако и она пока не даёт нам ответов на все вопросы.]**

Однако как же поступать врачу в ситуации, если никаких проблем у женщины нет и пожелание улучшить внешний вид половых органов исходит исключительно из представлений женщины о прекрасном? Стремление специалиста добиться не только клинического, но и максимально возможного **эстетического результата** соответствует основным принципам охраны здоровья. При этом вмешательство без медицинских показаний может быть признано

[В чрезмерной распространённости избыточной массы тела есть и вина врачей. Если женщине не объяснять, что пышные формы — огромный риск для здоровья, негативная тенденция будет сохраняться.]

умышленным причинением вреда здоровью. К тому же гарантий, что после операции ожидания пациентки будут в полной мере оправданы, ни один специалист предоставить не может. О нюансах **правового регулирования** действий врача в области эстетической гинекологии читайте в текущем номере в интервью с юристом.



Парадоксально, что в стремлении к красоте проблема избыточной массы тела и ожирения очень редко волнует наших современниц. И дело совсем не в эстетических нюансах и вкусовых предпочтениях! Лишний вес ассоциирован с метаболическими нарушениями, дефицитными состояниями, онкологическими заболеваниями и **репродуктивными неудачами**.

В чрезмерной распространённости ожирения есть и вина врачей. Если женщине не объяснять, что пышные формы, устраивающие и её, и супруга, — это огромный риск для здоровья, негативная тенденция будет сохраняться. Об этом непременно нужно информировать тучных пациенток, если они оказываются в вашем поле зрения.

Женщины с лишним весом, сообщаящие на приёме о том, что в течение нескольких лет не могут забеременеть, готовы принимать любые препараты, бесконечно обращаться в клиники вспомогательных репродуктивных

технологий, но не готовы **менять образ жизни**. Зачастую накопленный груз соматических проблем, ассоциированных с избытком жировой ткани, требует привлечения смежных специалистов и коррекции дефицитных состояний, что далеко не у всех получается сочетать с похуждением.

Мотивировать пациенток бережнее относиться к своему здоровью и **адекватно оценивать** собственные антропометрические данные можно не только

с помощью информирования о потенциальных угрозах. Рекомендации по рациональному питанию и регулярным физическим нагрузкам гораздо убедительнее звучат из уст врача, который **сам следует собственным рекомендациям**.



Если для некоторых женщин переживания по поводу внешнего вида гениталий служат весомым поводом для обращения к специалисту, то другие склонны **откладывать визит** к врачу до последнего, особенно при наличии патологических изменений в области половых органов. В частности, при **склероатрофическом лихене (САЛ)** вульвы время от появления симптомов до постановки диагноза составляет от 5 до 15 лет.

На ранних стадиях заболевания возникает локальное покраснение, и **дифференциальная диагностика** затруднительна. Именно поэтому для ведения пациенток с дерматозами вульвы акушеру-гинекологу целесообразно привлекать смежных специалистов, в частности дерматовенерологов, особенно если патологический процесс затрагивает не только наружные половые органы. Без адекватной терапии **склероз тканей** приводит к сужению входа во влагалище, диспареунии, перианальному стенозу и болезненной дефекации. Таким образом, прогрессирование САЛ вызывает сильнейший

психологический дискомфорт, истощение нервной системы и существенное снижение качества жизни. Единственный способ предупредить осложнения — вовремя поставить диагноз и начать лечение.



К огромному сожалению, причина роста неинфекционных заболеваний — отсутствие культуры **заботы о здоровье**, которое передаётся чуть ли не с молоком матери во многих семьях нашей страны. Страшные истории о «карательной гинекологии», холодных руках и осуждающем взгляде врача юные пациентки слышат чуть ли не с рождения и с удовольствием делятся с подругами такой «взрослой информацией». Неудивительно, что всеми правдами и неправдами девочки-подростки избегают посещать кабинет акушера-гинеколога во время **профилактических осмотров**.

Приказом Минздрава РФ №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» регламентировано ежегодное посещение акушера-гинеколога девочками-подростками с 14 лет. Это правильное, но далеко не всегда исполняемое требование. Но опрос юных пациенток, всё-таки пришедших на приём, зачастую носит **формальный характер**. Между тем особенности *menses*, о чём редко подробно расспрашивают пациенток, не только отражают текущее состояние здоровья, но и позволяют **прогнозировать** потенциальные риски в отношении репродуктивной системы. Всегда следует помнить, что **олигоменорея** в подростковом возрасте — достоверный **риск-фактор** будущих **аномальных маточных кровотечений, бесплодия, невынашивания беременности**.

Врачи склонны не обращать внимания на **нерегулярность менструального цикла** у девочек-подростков, списывая всё на «возрастную норму». Однако через 2–3 года после менархе таких сбоев быть не должно. Кроме того, сами пациентки склонны замалчивать существующие проблемы, в том числе недооценивать **объём менструальных выделений**. Обильные кровотечения, дисменорея и другие симптомы могут быть предвестниками гормональных дисфункций, болезней репродуктивных

органов, эндокринной системы, что требует срочного принятия терапевтических мер.



Ещё одна проблема на стыке акушерства-гинекологии и дерматовенерологии — **патологические бели**. Они могут быть как при дисбиотических нарушениях микрофлоры влагалища, так и при инфекциях, передаваемых половым путём (ИППП). Первостепенная задача клинициста (независимо от специальности!) — **точно определить причину** влагалищных выделений.

При выявлении конкретного патогена сложности с выбором терапии практически не возникают. Гораздо труднее решить проблему дисбиотических нарушений влагалища. В частности, предложенные в настоящее время схемы лечения **бактериального вагиноза (БВ)** как зарубежными гайдлайнами, так и отечественными протоколами далеки от совершенства. Более половины женщин сообщают о **рецидивах** через несколько месяцев после лечения. Нередки ситуации, когда назначение антибактериальных препаратов вовсе не приводит к улучшению. В связи с этим пациенткам назначают повторные курсы противомикробных средств, формируя **резистентность** микроорганизмов.

Причиной БВ выступают дисбиотические изменения микрофлоры влагалища с увеличением количества условно-патогенных микроорганизмов и **уменьшением молочнокислых палочек**. Именно поэтому вскоре после противомикробной терапии, которая действует без разбора на все бактерии, и клиническая, и лабораторная картина возвращается к исходным (до терапии) характеристикам.

Позитивный сдвиг в совершенствовании медицинской помощи — разработка клинических рекомендаций и стандартизация терапевтических стратегий. Однако, к сожалению, в настоящее время **не существует универ-**

[Схемы лечения БВ, предложенные зарубежными гайдлайнами и отечественными протоколами, далеки от совершенства. Более половины женщин сообщают о рецидивах через несколько месяцев после лечения.]

сального общепризнанного подхода, позволяющего снизить частоту рецидивов БВ. В новом отечественном протоколе для их профилактики предложены различные варианты, включая антисептики и пробиотики, но они не конкретизированы. Именно этот гайдлайн, созданный дерматовенерологами, **крайне неудачен**, он написан не для практикующих врачей. Подробнее анализ клинических рекомендаций по БВ и мнение ведущих экспертов читайте в текущем выпуске.



Над поиском эффективной терапии БВ, позволяющей надолго избавить женщин от неприятных, иногда **мучительных симптомов**, исследователи ломают голову уже не одно десятилетие. Ретроспектива подходов к лечению патологических белей, с которой мы познакомим читателей в текущем номере SP, отражает представления учёных о природе их возникновения, **эволюцию знаний о микромире** и тернистый поиск рычагов влияния на него.

Ознакомление с терапевтическими стратегиями XX века у современного специалиста могут вызывать всю гамму чувств: от недоумения и лёгкого смешка до пробирающего насквозь ужаса. Это было совсем недавно, однако накопленный за прошедшее столетие массив научных данных на **180° развернул взгляды** медицинского сообщества в отношении многих аспектов традиционной практики.

Отголоски канувших в Лету подходов, к сожалению, мы слышим и сейчас. В настоящее время достоверно известно, что санация влагалища — **бессмысленная и вредная** процедура, никаких

улучшений у пациенток не будет и от инфекций это не уберёжет. Напротив, регулярные спринцевания сопряжены с рисками воспалительных заболеваний органов малого таза (включая эндометрит) и повышают вероятность внематочной беременности. Тем не менее на приёме некоторые женщины с гордостью сообщают, что самостоятельно регулярно спринцуются, так как считают это **необходимой гигиенической процедурой**.

Непонимание сути дисбиотических процессов влагалища приводит к выбору неверных терапевтических стратегий. В частности, при БВ не нужно противовоспалительное лечение, потому что для этого состояния характерно **отсутствие инфламаторной реакции, БВ — невоспалительный синдром!** Некоторые специалисты практически приравнивают БВ к ИППП и рекомендуют партнёру пациентки начать лечение с ней одновременно. Необходимо отметить, что вопрос передачи БВ половым путём достаточно **дискуссионный**. Кроме того, если спросить у врача, считающего целесообразным подобный подход, «что лечим у мужа?», ответив, коллега поймёт всю бессмысленность этой идеи.



Некоторые исследования в области медицины сосредоточены не на поиске эффективной терапии определённого заболевания, а на **раскрытии потенциала** отдельных фармакологических субстанций. В XX веке учёные всего мира пытались постичь тайну **простагландинов**.

В 1930 году американские исследователи, изучавшие проблему неудачной искусственной инсеминации, заметили, что при контакте со свежим эякулятом миометрий иногда проявляет **сократительную активность**. В ходе своей работы они не установили «виновников» этого феномена, поскольку были сфокусированы на других задачах.

[Практикующим специалистам следует помнить, что олигоменорея в подростковом возрасте — **достоверный риск-фактор** будущих аномальных маточных кровотечений, бесплодия, невынашивания беременности.]

Через несколько лет шведские биохимики выявили, что за воздействие на матку отвечает неидентифицированное **производное одной из жирных кислот**. Тогда учёные предполагали, что за синтез этого вещества отвечает предстательная железа, именно поэтому его называли «простагландин». В 1966 году фармакологи из Великобритании обнаружили простагландины в амниотической жидкости, а два года спустя — предположили возможность их участия в процессе **нормальных родов**.

Новости западного мира не остались без внимания в Советском Союзе. Именно период совместной работы специалистов СССР и Швеции можно считать **«золотой эпохой»** изучения эйкозаноидов. В сентябре 1972 года на Международной конференции по простагландинам в Вене советские учёные во главе с академиком АМН СССР Леонидом Семёновичем **Персианиновым** представили успешные результаты клинического исследования использования простагландина F_{2α} в индукции и стимуляции родовой деятельности.

За истекшие десятилетия взгляды клиницистов во многом **эволюционировали**. Сейчас известно, что эти соединения участвуют в провоспалительном ответе, регуляции артериального давления, секреции слизи и соляной кислоты клетками желудка, сокращении и расслаблении гладкой мускулатуры кишечника и матки — и, конечно, влияют на **беременность и роды**.

В это нелегко поверить, но почти за век изучения простагландинов точный **ответ** на вопрос о том, как именно они «работают» при нормальных родах, **так и не получен**. Подтверждение их эффективности так и остаётся «практическим». Отсутствие прочной теоретической базы — наиболее вероятная причина того, что фармакологам пока **не удалось оправдать** давние надежды на создание эффективных препаратов для предупреждения преждевременных родов, «отключающих» простагландиновое влияние на матку.

[Врачи склонны не обращать внимания на нерегулярность менструального цикла у подростков, списывая всё на «возрастную норму». Однако через 2–3 года после менархе таких сбоев быть не должно.]

[Внедрение дневных стационаров снижает риск распространения госпитальных инфекций за счёт сокращения времени пребывания в больнице пациенток, не нуждающихся в круглосуточном мониторинге.]



Оптимизация затрагивает не только совершенствование подходов к обследованию и лечению пациенток, но и более глобальные процессы оказания помощи. Одно из перспективных направлений — создание **дневных стационаров**.

Внедрение стационарозаменяющих технологий позволяет минимизировать риски распространения **госпитальных инфекций** за счёт сокращения времени пребывания в больнице пациенток, которые не нуждаются в круглосуточном мониторинге. Отсутствие необходимости в ночных сменах сокращает экономические расходы на заработную плату сотрудников. Однако потрясающая во многих отношениях идея столкнулась с **жестокими реалиями**.

В первую очередь создание дневного стационара — трудоёмкий процесс с точки зрения правового регулирования. Для того чтобы обеспечить **легитимность** новой структурной единицы, необходимо учесть огромное количество нюансов. Проблемы также могут быть при формировании штата: выделение отдельных сотрудников на его обслуживание — рискованная в плане **рентабельности** задача, поскольку поток пациенток в таком отделении неоднороден и непостоянен.

Пожалуй, одним из самых труднопреодолимых в настоящее время препятствий, из-за которого может быть принято решение о закрытии дневного стационара, — его **убыточность**. Кодов для оплаты медицинских услуг такого учреждения в тарифных соглашениях с Фондом обязательного медицинского страхования практически нет. Для этого приходится использовать код услуги

«Дневной стационар хирургического профиля» с тарифом в несколько сотен рублей. При существующей ситуации такое лечение, к тому же сопряжённое с расходом материалов и препаратов, превращает дневной стационар в **финансово неблагоприятный эксперимент**.



Предиктивности! Вот на чём должен быть фокус современных специалистов, в том числе акушеров-гинекологов. Однако она пока не даёт нам ответов на все вопросы. В частности, какова тактика врача при выявлении у пациентки **дефицита лактобацилл** на фоне клинического благополучия? С высокой долей вероятности можно предположить, что у женщины рано или поздно манифестирует БВ. Однако как поступить сейчас? Ответа вы не найдёте ни в одном зарубежном гайдлайне или отечественном протоколе. Подобным образом ситуация обстоит с постепенно нарастающим **титром вируса папилломы человека** при отсутствии признаков поражения шейки матки. В актуальных руководствах и клинических рекомендациях не прописан алгоритм действий клинициста при наблюдении пациенток с такими лабораторными и клиническими данными.

Анализируя уроки прошлого, можно точно сказать — всё непонятное требует обсуждения. Даже самые безумные идеи и смелые предположения **должны быть услышаны**. В споре, как известно, рождается истина. Нужно помнить, что в наших силах изменить ситуацию к лучшему, но только в том случае, если мы не будем безучастны. Кроме того, нужно быть **гостойным примером** для поколения будущих врачей, вдохновлять и мотивировать их на великие свершения. Некоторые успехи на этом поприще уже есть, что не может не радовать. Подробности — в новой рубрике «Ценный кадр». **SP**

ПОПОЛНЕНИЕ В рубрикаторе

Критический анализ новых клинических рекомендаций
«Бактериальный вагиноз»



Авторы: Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук; Сергей Александрович Дьяконов, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

В рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава РФ 4 мая 2022 года был опубликован новый протокол «Бактериальный вагиноз» (БВ)¹. Разработчиком гайдлайна выступило Российское общество дерматовенерологов и косметологов (РОДВК). Срок окончания действия нормативного документа — 2024 год.

Вероятность трансмиссии ассоциированных с БВ биоплёнок при половых контактах остаётся дискутабельной, однако это не помешало включить раздел БВ в руководство по лечению **инфекций, передаваемых половым путём** (ИППП), составленное экспертами Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for disease control and prevention, CDC)². Несмотря на то что пациентки с жалобами, характерными для БВ, чаще всего обращаются к **акушерам-гинекологам**, к ведению женщин могут быть привлечены **дерматовенерологи**. Что же нового предлагают эксперты РОДВК?

Подходы к ведению пациенток, представленные в отечественном протоколе, во многом соответствуют стандартам мировой практики. В частности, для подтверждения диагноза необходимо учитывать всю совокупность **клинических проявлений** и данных **лабораторного обследования**.

При этом конкретные положения вызывают **обоснованное удивление**. Так, авторы клинических рекомендаций предлагают диагностировать БВ на основании выявления у пациентки как минимум трёх из четырёх положительных **критериев Амселя**:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей с неприятным «рыбным» запахом;
- рН выделений выше 4,5;
- положительный аминотест;
- выявление ключевых клеток при микроскопии влажалистных выделений.

Однако в рутинной клинической практике **невозможно** провести аминотест — хранение 10% раствора КОН в кабинете врача запрещено, а специального помещения не предусмотрено. Между тем выполнение теста отнесено к оценке качества оказания медицинской помощи.

[Наличие клинических рекомендаций — важный шаг на пути к улучшению врачебных подходов. Однако многие положения нового протокола вызывают обоснованное недоумение и требуют доработки.]

Комментарий проф. Е.Ф. Кира



1. БВ не относят ни к кожным, ни к венерическим заболеваниям. Это состояние входит в **компетенцию акушеров-гинекологов**. Поэтому дерматовенерологам создавать рекомендации для гинекологов как минимум странно.

2. На стр. 6 в п. 1.1 «Бактериальный вагиноз — это невоспалительный синдром...», а в п. 1.2 «Бактериальный вагиноз — это полимикробное дисбиотическое заболевание...». Понятия «синдром» и «заболевание» совершенно разные. Дисбиоз — это не заболевание. Кроме того, термин далеко не всеми признан в мире.

3. Термин «**этиопатогенез**» со смысловой точки зрения **неверный**, ибо этиология — это причина, патогенез — развитие заболевания. Объединённого понятия не существует.

4. Согласно результатам современных молекулярных методов исследований, в микробиоте влагалища насчитывают **не 4Ф, а более 20Ф видов** различных микроорганизмов. Вообще этот абзац взят из моей монографии без ссылки на автора. Данные устарели давно.

5. Действительно, лактобактерии способны продуцировать перекись водорода, это их свойство. Однако в чистом виде она во влагалище отсутствует, так как сразу же вступает в окислительно-восстановительные реакции. Главный естественный антисептик во влагалище — **молочная кислота**. Кстати, последнюю назначают в качестве лекарственного средства для терапии БВ. Перекись водорода никогда не используют для лечения инфекций влагалища, так как она убивает всю микробиоту!

6. Авторы отмечают роль маркерных метаболитов БВ в местном иммунитете, но не называют их (стр. 7).

7. На стр. 9 вдруг появляются ссылки на литературные источники, но сразу с 50-го номера. А где предыдущие 49?

8. П. 2.3 (стр. 9) «микроскопическое исследование отделяемого... на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы» — **абсурд**, так как микроскопически невозможно определить, аэробы это или анаэробы. Можем только констатировать — палочки или кокки, грамположительные или грамотрицательные.

9. При назначении клиндамицина перорально во время беременности не указан срок, когда это разрешено делать (стр. 12). Можно подумать, что с I триместра, чего **нельзя допускать!**

10. Лечение БВ у детей (стр. 13). У девочек в **препуберта-те БВ не бывает**. Он может развиваться только у девушек-подростков после менархе, когда уже сформирована микробиота, характерная для репродуктивного периода. Возраст детей не указан!

11. Почему микроскопическое исследование для оценки излеченности после окончания лечения рекомендуют **только через 14 дней?** Неверно!

12. В разделе по лечению ничего не сказано о российском двухэтапном методе лечения БВ, успешно применяемом уже более 35 лет и признанном за рубежом.

13. Список литературы и цитирование оформлены не по правилам.

В очередной раз дерматовенерологи взялись не за своё дело и предлагают очень **несовершенный вариант** клинических рекомендаций по диагностике и лечению БВ. Подобного рода рекомендации не только не полезны, но крайне вредны!

*С уважением, засл. деятель науки РФ,
засл. врач РФ, проф. Е.Ф. Кира*

Комментарий проф. С.И. Роговской



1. БВ — это не заболевание, передаваемое половым путём. БВ находится в большей мере в компетенции гинекологов, а не дерматовенерологов.

2. Точки зрения разных специалистов могут различаться, однако у **гинекологов опыт** гораздо больше, и акушерско-гинекологических публикаций в мире значительно больше.

Данные рекомендации можно принять во внимание, но лишь как собственную точку зрения авторов на диагностику и лечение БВ. Содержание их несколько **усечённое**.

3. Ни по построению, ни по содержанию эти рекомендации **не соответствуют современным требованиям** и имеют **ограниченную практическую направленность**.

4. В данных клинических рекомендациях имеет место **пересказ** зарубежных гайдлайнов с метронидазолом и клиндамицином, не принимая во внимание наш огромный российский опыт, включая использование отечественных препаратов!

5. Полностью **копировать** европейские и американские клинические рекомендации сегодня **нецелеобразно**, принимая во внимание современную ситуацию и возможности отечественной фармакологии. У нас есть ряд достойных препаратов, которые следует рекомендовать к использованию врачами.

*С уважением, соруководитель проекта
«ЖенПроСвет / Онкопатруль»,
экс-президент РАГИН,
проф. С.И. Роговская*

Критерии излеченности также вызывают вопросы. Например, **первая цель лечения** — исчезновение или снижение количества ключевых клеток при микроскопическом исследовании влажной отделимой при контрольном обследовании... Клиническое выздоровление упомянуто лишь второй задачей. При БВ рекомендовано использовать производные нитроимидазола и клиндамицин. При отсутствии эффекта от лечения этого дисбиотического нарушения микрофлоры влагалища рекомендуется назначение **иных препаратов или методов лечения**. К сожалению, терапия второй линии никак **не конкретизирована**.

В качестве профилактики возвращения симптомов после терапии БВ показано назначение пробиотиков, — таким образом, традиционная для России концепция двухэтапной терапии дисбиотических нарушений сохранилась, хотя и описана несколько завуалированно. Однако в новом протоколе **не рассмотрены конкретные рекомендации** при рецидивах БВ, за исключением **консультации эндокринолога**.

Невероятное **удивление** вызывает приложение АЗ «Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата». В перечне нормативно-правовых актов, с учётом которых разрабатывали данные клинические рекомендации, перечислен **отменённый приказ №572Н**. Всем акушерам-гинекологам известно, что с 1 января 2021 года вступил в силу новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». В мае 2022 года **неправомерно сослаться** на приказ, отменённый 1,5 года назад.

Во всём мире тактика ведения пациенток с дисбиотическими нарушениями влагалища далека от совершенства — об этом свидетельствует **высокая частота рецидивов**. Наличие клинических рекомендаций и «запротоколизированные» стандарты наблюдения пациенток — важный шаг на пути к улучшению клинических подходов. К сожалению, очевидно, что до победы над БВ и до создания идеального протокола ещё далеко... **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

Комментарий проф. А.М. Савичевой



1. Сразу обращает на себя внимание раздел «Диагностика», в котором даны только критерии Амсея. Их **применение** в рутинной клинической практике **невозможно**.
2. Авторы протокола предлагают также выставлять диагноз на основании обнаружения ключевых клеток.
3. Введение и обоснование лечения требуют **существенной переработки**.
4. Критерии оценки качества медицинской помощи страны.

В целом, конечно, эти клинические **рекомендации не для практических врачей**, очень неконкретные.

*С уважением, засл. деятель науки РФ,
проф. А.М. Савичева*

Комментарий главного редактора



Создание клинических рекомендаций — **проблема долговременная**, сразу разработать идеальные протоколы невозможно. Вместе с тем установленный порядок, в соответствии с которым на одну нозологическую единицу не может быть выпущено более одной рекомендации, заставляет избегать стремления к созданию документов специалистами только одной профессии или одной медицинской профессиональной некоммерческой организацией без привлечения смежных специалистов.

Более того, как сообщила в своём выступлении на форуме «Мать и дитя» Герой Труда РФ, засл. деятель науки РФ, акад. РАН Галина Михайловна Савельева, **немыслимо** создавать протоколы только одним коллективом без согласования с региональными отделами медицинских корпораций. Кроме того, все разделы о лечении беременных должны быть согласованы со **специалистами РОАГ**. В противном случае в клинические протоколы не попадают основные положения о медицинской помощи этой категории женщин, как это случилось с клиническими рекомендациями «Железодефицитная анемия». В них указано, что одна из основных причин — беременность, но ничего не сказано о ведении беременных.

Что касается клинических рекомендаций «Бактериальный вагиноз». Прежде всего такого **диагноза нет** в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, официально состояние называют N89 «Другие невоспалительные болезни влагалища».

Соглашаясь с комментариями уважаемых экспертов — засл. деятеля науки РФ, проф. А.М. Савичевой, засл. деятеля науки РФ, засл. врача РФ, проф. Е.Ф. Кира, экс-президента РАГИН, соруководителя проекта «ЖенПроСвет/Онкопатруль», проф. С.И. Роговской, следует указанный **протокол отозвать и создать новые клинические рекомендации**, учитывающие все аспекты данного синдрома, в том числе правильное отношение к профилактике и лечению беременных.

*Главный редактор засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН,
проф. В.Е. Радзинский*

дневной дозор. надежды и реальность

Что тормозит развитие дневных стационаров в акушерстве?



Авторы: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГКБ им. Е.О. Мухина, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Анастасия Викторовна Щукина, зам. главного врача по клинико-экспертной работе городской поликлиники №68 (Москва)

Внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм обследования и лечения стало одним из главных приоритетов оказания медицинской помощи в конце XX века. Наиболее перспективной заменой круглосуточного пребывания пациентов в медицинском учреждении рассматривают дневные стационары.

Фундаментом для работы в этом направлении служили Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная правительством страны в далёком 1997 году¹, и приказ Минздрава РФ №438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», вышедший 2 года спустя².

Несмотря на очевидные финансовые, кадровые и логистические преимущества, это начинание с большим трудом продвигается именно в сфере акушерства и гинекологии. Понять открытые и «спрятанные» препятствия на пути развития такого варианта медицинской помощи попробуем с помощью «проигрывания» каждого этапа перед глазами администратора учреждения.

Стартовая точка

Итак, глава учреждения N, состоящего из круглосуточного стационара и женской консультации (ЖК), для чистоты условного эксперимента расположенных в разных зданиях, решил ввести в строй дневной стационар. Однако только его

решением обойтись нельзя, для начала необходимо обеспечить легитимность этой структурной единицы.

Правовой базис, на котором строится работа, — Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года — гласит, что в условиях дневного стационара можно оказывать помощь двух видов, как первичную медико-санитарную, так и специализированную, и обе подлежат лицензированию³.

Существует небольшой нюанс: лицензия привязана к определённому адресу, именно поэтому, имея разрешение на организацию дневного стационара в здании ЖК, развернуть аналогичный в другом здании, например в роддоме, не получится⁴. К слову, до последнего времени это редко где пытались сделать — действовавший до 2021 года

[Преимущества дневной формы лечения перед круглосуточной очевидны для всех: пациентки ночуют дома, нет необходимости в круглосуточных постах, существует возможность экономии заработной платы.]

Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи (приказ №572н) допускал существование дневных стационаров лишь в структуре ЖК, центрах охраны здоровья семьи и репродукции и оставшихся в теории центрах охраны репродуктивного здоровья подростков⁵. Настоящий Порядок — приказ №1130н (2020) — **максимально лоялен** к организации дневного стационара, позволяя создавать его в составе любого учреждения, имеющего лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология», и даже при необходимости **разрешает использовать кадровый состав** других структурных подразделений медицинской организации и их лечебно-диагностические ресурсы⁶.

В большинстве случаев так и делают, поскольку на десять коек дневного стационара (в ЖК — на 15) для лечения акушерских осложнений и гинекологических заболеваний выделяют **всего одну врачебную должность**, 1/2 должности акушерки (или постовой медсестры), одну — перевязочной сестры и т.д.⁶ Потенциал оборота койки дневного стационара намного выше, чем круглосуточной: при нормативе пребывания не более 4–6 ч и работе в две смены он в 2–4 раза больше, в связи с чем **нагрузка на персонал** может быть выше, чем в круглосуточном отделении. Однако это лишь теоретический расчёт, в реальности выделение отдельных штатных единиц на его обслуживание — **рискованная** в плане рентабельности задача, поскольку поток пациенток в дневном отделении неоднороден и непостоянен.

Круг избранных

Старый Порядок оказания помощи по нашей специальности расплывчато обрисовывал круг состояний, подходящих для лечения или наблюдения в дневном стационаре: его предлагали использовать для прерывания беременности или выполнения инвазивных процедур в гравидарном и послеродовом периодах, а также у пациенток с гинекологическими заболеваниями.

Действующий приказ №1130н **существенно раздвинул рамки** и конкретизировал задачи. Согласно документу, в дневном стационаре оказывают помощь⁶:

[Приказ №1130н лоялен и позволяет создавать дневной стационар в составе любого учреждения, имеющего лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология».]

- в случаях, **не требующих круглосуточного** медицинского наблюдения, на основе клинических рекомендаций, с учётом стандартов оказания медицинской помощи до 22 недель гестации, за исключением лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности;

- с целью продолжения (завершения) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, **не требующем** наблюдения в ночное и вечернее время **независимо от срока беременности**;

- в виде **восстановительного лечения** больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после операций.

В дневном стационаре также проводят лечебные и диагностические мероприятия, **требующие наблюдения** медицинским персоналом **в течение нескольких часов**, — малые гинекологические операции, искусственное прерывание беременности, в том числе медикаментозным методом, биопсию хориона, амниоцентез, кордоцентез при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), например трансвагинальную пункцию яичников, перенос эмбрионов в полость матки и др.⁶

Лучше всего дело обстоит с инвазивной диагностикой в акушерстве и этапы ВРТ, несколько хуже — с малыми гинекологическими операциями, **и совсем никак не пошло** «продолжение курса лечения, назначенного в стационаре».

Кодов для оплаты медицинских услуг дневного стационара в тарифных соглашениях с фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) **практически нет**, за исключением упомянутых инвазивных методов пренатальной генетической диагностики и ВРТ, чем и обусловлена их рентабельность и, соответственно, привлекательность. Однако с остальными — картина удручающая. В последнее время в некоторых регионах для дневного стационара при родильном доме появился код медицинской услуги «Глюкозотолерантный тест», но на этом список **исчерпывается**. Для возможного лечения большинства пациенток приходится использовать код услуги «Дневной стационар хирургического профиля» с тарифом в несколько сотен рублей⁷.

При существующей ситуации такое лечение, к тому же сопряжённое с расходом материалов или лекарственных препаратов, сразу превращает дневной стационар в убыточное подразделение. Если при этом в отделении набран отдельный штат, кризис усугубляется, и рано или поздно администратор, **прошедший все тернии** с получением санитарно-эпидемиологического заключения, лицензии, обеспечения оборудования и персоналом, прекращает **финансово неблагоприятный эксперимент**. В дневном стационаре родильного дома или перинатального центра сложность вызывает не только лечение пациенток, но даже и само направление в него.

За чей счёт банкет?

Преимущества дневной формы лечения перед круглосуточной очевидны для всех: пациентки ночуют дома, не возникает необходимости в круглосуточных постах, существует возможность экономии заработной платы. Однако в реальности всё **намного сложнее**. Главная причина абсолютной непривлекательности дневного стационара — его **убыточность**.

Я тебя никому

не отдам...

Для ЖК направление на лечение в дневной стационар сторонней организации — тоже малопривлекательное с экономической точки зрения занятие, поскольку приведёт к **горизонтальному расчёту** за услугу. Проще говоря, деньги уедут вместе с пациенткой. Механизм

перехода с круглосуточного стационарного лечения на форму дневного в акушерстве толком не прописан в клинических рекомендациях, а его оформление для оплаты **крайне туманно** изложено в тарифном соглашении с ФОМС, и, как уже было сказано выше, специальных кодов для оплаты этих услуг нет, а используемые варианты убыточны.

В полном забвении со стороны регуляторов пребывает **канал связи** между приёмным отделением родовспомогательного учреждения и дневным стационаром. В ряде случаев именно на этом этапе можно убедиться в отсутствии необходимости круглосуточного наблюдения и лечения и сразу передать пациентку на попечение врачей дневной службы. Однако на практике осуществить это **трудно, если не невозможно** — по каналу скорой медицинской помощи госпитализировать в дневное отделение нельзя, а у женщин, поступающих по самообращению, отсутствует направление — форма №057/у-04.

Чем ввязываться в сложные дебаты со страховой компанией по поводу оплаты этих случаев (кстати, мизерной), проще действовать по привычной схеме «обращение—госпитализация—выполнение стандарта—выписка». В некоторых регионах территориальные органы здравоохранения **признали такую привычку вредной** и начали с ней борьбу.

Кнут или пряник?

В целях борьбы с бессмысленными госпитализациями в ряде областей идёт сокращение коек отделений патологии беременных и снижение территориальных объёмов предоставления медицинской помощи в рамках осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС). Говоря простым языком, при превышении определённого количества госпитализаций **ФОМС перестает их оплачивать** — до конца года все последующие случаи проходят за счёт учреждения. Это радикальный вариант «кнута», который в чём-то оправдан, поскольку для определения обоснованности госпитализации в каждой конкретной ситуации у фонда просто нет ресурсов, да и акушеры-гинекологи поднаторели в расстановке нужных «акцентов» в истории болезни. Од-



Инерция мышления

Дневной стационар — довольно смелая и неожиданная идея с точки зрения советской модели здравоохранения, долгое время существующей в тренде наращивания мощности коечного фонда хорошо оснащённых стационаров. Эта идеология — естественное следствие «болезни роста» отечественного родовспоможения. Профессиональная акушерская помощь зародилась с учинения 21 марта 1754 года «порядка и учреждения о бабках и о производстве оных впредь внутри государства с надлежащим знанием и искусством в пользу общества». Предполагалось **довести количество обученных повивальных бабок** в Москве до 15 и в Сибири — до десяти при населении страны на тот период около 22 млн человек⁸. В реальности вышло скромнее: к 1759 году в Москве и Санкт-Петербурге удалось выучить только по две повивальные бабки.

Первые 20 акушерских коек открылись при Московском и Санкт-Петербургском воспитательных домах лишь в 1764 и 1771 годах. После земской реформы 1864 года началось **развитие городских родильных приютов на периферии**, однако их количество было незначительным: даже в Санкт-Петербурге в 1868 году городские власти открыли лишь четыре приюта по три кровати, в Москве первый городской приют на три кровати появился только в 1880 году^{9,10}. Количество родильных отделений и приютов возросло медленно — к 1891 году в Российской империи их насчитывали всего 152. Дефицит коек был катастрофическим⁹.

Попытку преодоления проблем маломощных заведений предприняли в Москве в 1892 году путём замены **родильных приютов родильными домами** с большим количеством коек (не менее 50), круглосуточным дежурством персонала и постоянной готовностью операционных отделений. Однако такие возможности были доступны лишь жителям крупнейших городов империи. В целом по стране **доступ населения к квалифицированной акушерской помощи был незначителен** — в медицинских учреждениях всех типов в 1904 году произошло 141 767 родов — 2,55% от общего количества¹¹.

В последний предвоенный 1913 год количество родильных домов, приютов и родильных отделений при больницах достигло 928, а коек в них — 7543. В этих учреждениях родилось 280 315 детей — 5,34% от всех появившихся на свет за год. Квалифицированной помощью, включавшей акушерские операции и пособия, смогли воспользоваться 43 024 роженицы — 0,81% от всех родивших в Российской империи. В 16 уездах и губерниях, где родилось 268 619 только учтённых детей, не было ни одного учреждения родовспоможения¹².

Пришедший на смену самодержавию новый политический строй вывел организацию помощи матерям и детям на государственный уровень. Одним из достоинств произошедших перемен стало появление **ЖК**. Почти сразу после окончания Гражданской войны немыслимыми ранее темпами стали создавать новые родильные дома, а в сельской местности — **фельдшерско-акушерские пункты** (ФАП). В СССР в 1938 году было развёрнуто 52,5 тыс. коек в родильных домах, в том числе 41,3 тыс. — в сельской местности, открыто 14,4 тыс. ФАП в сёлах. В 1935 году узаконили **колхозные родильные дома**, чаще всего на две-три койки, количество мест в которых увеличилось с 1936 по 1938 год почти в 2 раза, причём особенно быстро оно росло в Средней Азии и в Закавказье — в 5 раз за 3 года. В результате к 1940 году 97% рождений в городах и 26,3% в сельской местности были охвачены системой родовспоможения¹³.

Экстенсивный рост системы родовспоможения продолжался, однако дефицит акушерских коек сохранялся в отдельных республиках ещё несколько десятилетий. Преодолеть его было сложно, поскольку вплоть до распада СССР акушерская тактика базировалась на длительных сроках обследования (3–5 дней) и затяжного пребывания (14–21 день) почти для любого осложнения беременности¹⁴. Концепция с «**больше и дольше**» на «**быстрее и лучше**» сменилась лишь в 1997 году с появлением упомянутого в начале статьи постановления¹.

нако как говорил великий реформатор Мартин Лютер: «Не следует ребёнка вместе с водой выплёскивать из ванны».

Неразумно **загонять ситуацию в угол**, когда даже обоснованное обследование или лечение должно приносить финансовые потери лечебному учреждению. Сокращая один источник дохода, нужно финансово подпитывать тот, который мы хотим развивать, — дневной стационар. Для согласования технологических карт комплексных медицинских услуг, предоставляемых дневным стационаром, требуется кропотливая совместная работа нескольких участников — представителей территориального ФОМС, регионального минздрава и главного специалиста по акушерству и гинекологии региона. Ещё один необходимый субстрат — **адекватный тариф** на услуги, закреплённый в дополнении к тарифному соглашению, делающий их привлекательными для лечебных учреждений. Важно также узаконить варианты маршрутизации в дневной стационар. Финальный аккорд — информирование о нововведениях заинтересованных лиц — руководителей учреждений, которые, как показывает практика, **настороженно** относятся ко всему новому, предпочитая проторённые маршруты неизведанным.



Дневная форма оказания медицинской помощи — благая и абсолютно правильная идея, поскольку госпитализация в круглосуточное отделение при отсутствии круглосуточного же лечения или мониторинга представляет собой **бессмысленное времяпрепровождение**. Мы отрываем женщину от привычной обстановки, помещаем в общежитие, попутно **колонизируя** её госпитальной биотой. Эпидемия COVID-19, во время которой количество госпитализаций снизилось в разы, не повлияв при этом на статистику запущенных случаев, ещё раз доказала эфемерность взглядов прошлого века. Однако любая здравая идея не может жить отдельно от существующих **реалий, в том числе экономических**, и в них учреждение обязано заботиться не только о качестве лечения, но и о своём финансовом благополучии. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

вернуться в зону комфорта

Склероатрофический лихен: современные представления



Автор: Алексей Алексеевич Хрянин, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии НГМУ, президент Ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск)

Копирайтинг: Ольга Быкова

Уныние и меланхолия стали нередкими спутниками многих наших современников, и подобные упаднические настроения могут возникнуть по многим причинам. В 2021 году в авторитетном журнале *Lancet* были опубликованы результаты оценки распространённости депрессии в 27 странах Европы¹. Опросив почти 259 тыс. человек, авторы пришли к неутешительному выводу: **существенный** психический дискомфорт испытывают **6,38%** населения этих государств, причём женщины чаще мужчин (7,74 и 4,89% соответственно). Объяснений столь негативному тренду можно найти немало, но одно из них, пожалуй, стоит взять на вооружение практикующим акушерам-гинекологам.

Отечественные исследователи изучили **психоэмоциональный портрет** пациенток, страдающих склероатрофическим лихеном (САЛ)². С помощью опросника (АН, позволяющего проанализировать самочувствие, активность и настроение, авторы изучили состояние пациенток и зафиксировали значительное (почти **в 2 раза!**) снижение этих показателей на фоне болезни по сравнению с группой практически здоровых женщин. С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии у **75,4%** участниц исследуемой группы выявили тревожность и у **68,4%** — **депрессию** (в сравнении с показателями 15,6 и 20% соответственно у представительниц контрольной группы). Среднее значение дерматологического индекса качества жизни составило 18,8 балла, то есть заболевание оказывало выраженное негативное влияние на него. Вывод очевиден: вопросы **своевременного** выявления, лечения этого дерматоза, а также реабилитация пациенток не должны оставаться за рамками профессиональной деятельности врача.

Этиология САЛ — хронического воспалительно-рубцового дерматоза, поражающего преимущественно кожу гениталий, — доподлинно неизвестна. Наиболее часто состояние встречается в препубертатном и постменопаузальном периодах. Время от появления симптомов до постановки диагноза составляет от

5 до 15 лет³. Вопрос оценки распространённости САЛ также весьма неоднозначен: по некоторым данным, его встречают **у 1,7%** в общей гинекологической практике⁴. Статистическая отчётность нередко **занижена** в силу недостаточной настороженности врачей и нередко бессимптомного течения болезни⁵.

[Статистическая отчётность распространённости склероатрофического лихена далека от точности, в том числе из-за недостаточной нацеленности врачей на диагностический поиск болезни.]

Связь: очевидная и вероятная

Впервые патологическое состояние было описано ещё в 1887 году, однако до сих пор нет однозначного мнения о причинах его возникновения. САЛ может быть связан с факторами окружающей среды и неаутоиммунными сопутствующими заболеваниями.

Существенное повышение рисков САЛ ассоциировано с повреждением кожи половых органов, например, с трением при ношении тесного белья и одежды, пирсингом гениталий и хирургическим вмешательством, солнечным ожогом^{5,6}. Кроме того, ряд научных работ позволяет сделать вывод о корреляции САЛ с повышенной массой тела, сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца^{7,8}. В зону риска также попадают пациентки, страдающие недержанием мочи⁹. Именно окклюзионное воздействие мочи на чувствительный эпителий может играть центральную роль в патогенезе САЛ. Интересно, что

у мужчин, которым выполнили циркумцизию, лichen практически не выявляют, да и в целом перианальные поражения эпителия, подверженного воздействиям биологических жидкостей, у них наблюдаются реже, чем у женщин.

Учёные и врачи-практики нередко называют САЛ аутоиммуннопатогенной и геномной загадкой¹⁰. И в этом есть рациональное зерно. Ассоциацию САЛ с генетическими факторами и человеческими лейкоцитарными антигенами класса II (human leukocyte antigens, HLA II) наблюдают у пациентов обоих полов¹¹. Ещё в 2010 году было найдено подтверждение, что примерно у 12% больных выявляют положительный семейный анамнез¹², кроме того, существуют доказательства, что САЛ обусловлен эпигенетическими изменениями экспрессии фермента изоцитратдегидрогеназы и гидроксиметилирования¹³. В целом исследователи отмечают существование трёх основных теорий этиологии САЛ: инфекционной, аутоиммунной и теории хронической ирритации (окклюзионное воздействие различных раздражающих веществ, на-

пример мочи, приводит к хронической травме кожи, вызывающей заболевание).

В качестве инфекционных агентов, ответственных за развитие этого дерматоза, называют *Borrelia burgdorferi*, вирусы Эпштейна—Барр, гепатита С и папилломы человека^{14–17}. Однако в настоящее время эти утверждения уже не столь безапелляционны, и сегодня в качестве триггеров САЛ клиницисты в первую очередь рассматривают аутоиммунные заболевания. Так, у 10,5% пациенток помимо САЛ диагностируют витилиго, а у 2,6% — очаговую алопецию¹⁷, и эти показатели оказались выше среднепопуляционных.

Гипотеза аутоиммунного воспаления предполагает, что локализованная потеря иммунной толерантности способствует гуморальному или клеточно-опосредованному ответу на САЛ-специфические антигены. Наличие антител к белковым мишеням поддерживает идею аутоиммунного фенотипа заболевания, классическим примером служит белок внеклеточного матрикса 1 (extracellular matrix protein 1, ESM1)¹⁸. Аутоантитела ESM1 потенциально влияют на функциональное связывание ESM1 как с коллагеном IV, так и с другими базальными белками на стыке дерма—эпидермис и в меньшей степени — на матриксную металлопротеиназу-9, что провоцирует фокальное разрушение базальной мембраны при САЛ. Кроме того, ESM1 принимает участие в структурной организации дермы и контролирует дифференцировку кератиноцитов и ангиогенез.

Другие потенциальные маркёры включают клоны Т-клеток, в избыточном количестве присутствующие в тканях пациентов с САЛ и обеспечивающие мощный ответ Th1-лимфоцитов с большей экспрессией провоспалительных цитокинов — участников аутоиммунного воспаления¹⁹. Кроме того, в патогенезе дерматоза немаловажное значение имеет высокая концентрация микроРНК-155, способная свести на нет регуляторную Т-клеточную супрессию CD4+ Т-лимфоцитов и выступить в роли активатора пролиферации фибробластов. Весьма существенное значение принадлежит цитокинам, главным образом интерлейкину-1 (ИЛ-1), а также ИЛ-12, ИЛ-2, ИЛ-5, ИЛ-10, интерферону-γ (ИФН-γ), ИФН I типа и фактору некроза опухоли α^{20,21}.

Внимание — и женщинам, и мужчинам

САЛ может поражать любые участки тела, однако наиболее частая локализация этого дерматоза — кожа аногенитальной области. Как правило, САЛ встречаются значительно чаще у женщин, чем у мужчин^{22,23}. Во избежание терминологической путаницы важно отметить, что ранее используемые в литературе названия «крауроз вульвы» и «облитерирующий ксеротический баланит» синонимичны САЛ, поэтому в современных условиях их не используют.

Для формирования настороженности специалистов относительно диагностического поиска следует помнить, что пик заболеваемости САЛ приходится на препубертатный возраст (9–11 лет), также особого внимания заслуживают пациентки в постменопаузальном периоде^{24,25}. Учитывая, что возрастная вариативность уровня эстрогенов ассоциирована с нарушениями гидратации кожи, снижение содержания коллагена и концентрации гликозаминогликанов, дефицит эстрогенов способны ослабить структурную функцию кожи вульвы. В свою очередь такие изменения могут повлиять на выраженность симптоматики, в результате чего подростки и женщины 45–55 лет чаще обращаются за лечением, чем в другие периоды жизни. Это ещё одна причина недооценки клинической значимости проблемы.

Связь начала заболевания с возрастными пиками также наблюдают и в мужской популяции²⁶. Представители «сильного пола» реже предъявляют жалобы на зуд в области наружных половых органов, но усиливающийся фимоз и болезненность при половых контактах нередко становятся причиной эректильной дисфункции²⁷. Мальчики обычно жалуются на сужение крайней плоти, возможно сопровождающееся склерозом при этом заболевании. Это явление следует отличать от физиологического фимоза, который обычно регрессирует к моменту полового созревания²⁸.



Рис. 1. Склероатрофический лихен аногенитальной области. Фото из архива канд. мед. наук Л.Н. Аминовой.



Рис. 2. Склероатрофический лихен перианальной области.

Стигмы, мешающие диагностике

Типичные портреты пациенток, страдающих САЛ, — девочки с жалобами на аногенитальный зуд, запоры, болезненную дефекацию²⁹, а также женщины примерно 50 лет с **выраженным зудом наружных** половых органов³⁰. Детальный сбор анамнеза позволяет выявить у этих пациенток боль во время полового акта.

На начальных этапах САЛ в аногенитальной области возникает лёгкое покраснение. Белый гиперкератоз, атрофия и травматизация кожи, экхимозы обычно свидетельствуют о более поздних стадиях заболевания (рис. 1–3).

Несвоевременная верификация диагноза и отсутствие терапии становятся причиной формирования **рубцовых изменений** в области клитора и малых половых губ, впоследствии вызывающих сужение входа во влагалище, диспареунию, перианальный стеноз и болезненность дефекации³¹. Увы, такие симптомы **не так часто** становятся темой для обсуждения между пациенткой и врачом. Многие женщины испытывают **смущение** или стыд, вызванные стигматизацией подобных тем в современном обществе. Боясь задать вопрос, они **автоматически лишены** возможности получить профессиональный ответ, а тем временем болезнь прогрессирует, вызывая мощный психологический дискомфорт, истощение нервной системы и существенное снижение качества жизни³². Изменить общественные тренды акушер-гинеколог вряд ли сможет, но проявить тактичное внимание к проблемам пациентки, полноценно собрать анамнез и информацию о жалобах — совершенно точно в компетенции специалиста.

У **детей** САЛ может манифестировать лёгким покраснением кожи с последующей депигментацией. Иногда эту особенность трудно отличить от витилиго или экземы.

[Несвоевременная верификация диагноза становится причиной рубцовых изменений в области клитора и малых половых губ, вызывающих болезненные симптомы.]



Рис. 3. Склероатрофический лихен аногенитальной области. Фото из архива канд. мед. наук Л.Н. Аминовой.



Рис. 4. Базально-клеточная карцинома, развившаяся на фоне склероатрофического лишена. Фото из архива канд. мед. наук Л.Н. Аминовой.

Сопутствующие трещины, зуд и запор в случаях перианального поражения — ключевые диагностические признаки заболевания. Хотя нередко оно протекает бессимптомно: задержка клинической диагностики у 80% девушек и юношей — дополнительное подтверждение **недостаточной осведомлённости** родителей и клиницистов о САЛ³³.

Ещё одна особая категория — **беременные**. Большие риски САЛ связаны с высокой вероятностью рубцевания и изменения вагинальной архитектуры, а также с риском **плоскоклеточного рака** вульвы (рис. 4)³⁴. Клинический опыт показывает, что гестация не усугубляет течение САЛ и в дополнительной терапии нет необходимости³⁵. Однако предпочтительный способ родоразрешения следует обсудить с пациенткой заранее.

Быть правым в моменте

Опытные специалисты отмечают, что для установления диагноза им **достаточно увидеть** специфическую клиническую картину заболевания. Белесоватые изменения кожи в аногенитальной области в сочетании с выраженным зудом достаточно чётко указывают на САЛ и не требуют гистологического подтверждения. В сомнительных случаях или при подозрении на злокачественную трансформацию необходима **биопсия**³⁶.

Однако при всей очевидности признаков болезни вопросами дифференциальной диагностики пренебрегать не стоит, тем более что **клинические маски** САЛ в основном относят к практике дерматовенерологов, а акушер-гинеколог эти состояния в своей практике встречает реже (табл.)³⁷.

При составлении плана ведения пациентки необходимо учитывать тот факт, что нередко САЛ **ассоциирован** с рядом патологических состояний, в том числе аутоиммунного

происхождения³⁸. Так, у женщин с большой долей вероятности будут обнаружены заболевания щитовидной железы, витилиго, воспалительные поражения кишечника, очаговая алопеция, ревматоидный артрит, железодефицитная анемия, очаговая склеродермия, псориаз.

Вернуть утраченный комфорт жизни

В качестве **первоначального и основного** этапа терапии САЛ рекомендовано применение сильнодействующих топических глюкокортикоидов на протяжении 3 мес¹³. Такая стратегия существенно улучшает состояние у **75–90%** больных с САЛ в сравнении с группой плацебо, что было показано в кохрейновском обзоре 2011 года, включившем оценку семи рандомизированных клинических исследований³⁹. Тем не менее особенность течения болезни такова, что даже столь мощные курсы местной гормонотерапии **не гарантируют** полного излечения.

Большинство экспертов признают целесообразным **ограниченное** лечение продолжительностью в годы, а иногда — десятилетия. Так, в проспективном когортном исследовании на протяжении 5 лет наблюдали 507 женщин. Применение топических глюкокортикоидов дважды в неделю обеспечило **стойкую ремиссию** и полное устранение симптомов у 93,3% пациенток из группы строго соблюдавших все назначения в сравнении с 58% больных, получавших терапию нерегулярно. В этой же работе авторы выяснили, что ранее и последовательное длительное лечение уменьшает образование рубцов на 36,6% и развитие карциномы — на 4,7%⁴⁰.

В случае **резистентности** к сильнодействующим топическим глюкокортикоидам препаратами выбора могут стать ингибиторы кальциневрина, хотя их эффективность несколько ниже, чем у средств первой линии. В целом **риск прогрессирования** САЛ в плоскоклеточный рак женских репродуктивных органов достигает 21,88% (рис. 4)⁴¹. Кроме того, не исключена вероятность развития у пациенток с САЛ верукозной карциномы, базально-клеточной карциномы и злокачественной меланомы⁴². Именно на этих данных основана рекомендация отечественных и зарубежных экспертных организаций о необходимости продолжительного (**в течение многих лет**) наблюдения женщин с САЛ с периодичностью посещений 1 раз в 6 мес в течение первого года после окончания основного курса, а далее — ежегодно. При появлении признаков злокачественной трансформации последующие наблюдения следует осуществлять через более короткие промежутки времени.

Системное лечение иногда показано в рефрактерных случаях. В частности, возможно назначение препаратов из группы ретиноидов (ацитретина), при экстрагенитальном САЛ — метотрексата.

В случае неэффективности наружной терапии глюкокортикоидами и топическими ингибиторами кальциневрина в лечении САЛ можно применять **фототерапию** (терапию дальним длинноволновым ультрафиолетовым излучением [УФА-1] с длиной волны 340–400 нм). Помимо этого

Таблица. Дифференциальный диагноз склероатрофического лишена³⁷

Дифференциальный диагноз	Клинические характеристики	Основные симптомы	Методы диагностики
Красный плоский лишай (эрозивная форма или поражение слизистых оболочек)	<ul style="list-style-type: none"> • Эрозии входа во влагалище • Сетчатый гиперкератоз по краю поражения (сетка Уикхема) 	Боль преобладает над зудом	<ul style="list-style-type: none"> • Биопсия • Признаки красного плоского лишая на других участках тела (слизистая оболочка полости рта, волосистая часть головы, влагалище)
Витилиго	<ul style="list-style-type: none"> • Чётко выраженная депигментация • Без изменения текстуры кожного покрова 	Нет симптомов	<ul style="list-style-type: none"> • Исследование в лучах лампы Вуда • Признаки витилиго на других участках кожи • Биопсия
Экзема	<ul style="list-style-type: none"> • Эритема ± шелушение • Лихенификация 	Зуд	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинский анамнез • Биопсия
Псориаз	<ul style="list-style-type: none"> • Эритема ± шелушение • Трещины 	Умеренный зуд	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки псориаза на других участках кожного покрова • Семейный анамнез • Биопсия
Буллёзные дерматозы	Эрозия или пузыри	Боль	<ul style="list-style-type: none"> • Биопсия / иммунофлуоресценция • Признаки наличия пузырей на других участках кожи
Кандидоз	Покраснение	Зуд	Микологическое исследование

[В качестве первоначального и основного этапа терапии рекомендовано применение сильнодействующих топических глюкокортикоидов на протяжении 3 мес. Однако особенность течения болезни такова, что даже столь мощные курсы местной гормонотерапии не гарантируют полного излечения.]

в проекте российских клинических рекомендаций указаны методы лечения САЛ, основанные на излучении (фотодинамическая терапия, фототермическое лазерное воздействие), но они требуют дальнейшего изучения³⁶. Есть также сведения о внутриочаговом введении **аутологичной плазмы, обогащённой тромбоцитами** (platelet rich plasma, PRP), однако количество плацебо-контролируемых исследований по этому методу ограничено, поэтому он не рекомендован для использования в качестве монотерапии³⁶.

В дополнение к фармакотерапии необходимо применение **мягчающих средств** несколько раз в день (до и после контакта с водой или мочой), следует рекомендовать мази без ароматизаторов (парафин и вазелин в равных частях). Помощь в купировании зуда в перианальной области могут оказывать препараты с активированной глицирризиновой кислотой, поскольку её действие **прерывает цикл** «зуд—расчёсы—зуд»⁴³. При очищении области гениталий важно наносить небольшое количество мыла и не повреждать кожу чрезмерным мытьём или использованием жёстких мочалок и полотенец. Стоит также отказаться от влажной туалетной бумаги.

Пусковым механизмом в развитии САЛ могут служить **тесная одежда** и занятия спортом, связанные с трением аногенитальной области (например, верховая езда или катание на велосипеде). Именно поэтому пациенткам, образ жизни

которых ассоциирован с подобными рисками, необходимо рекомендовать специальные мягкие седла для конных и велосипедных прогулок, что уменьшит вероятность травмирования мягких тканей.



В современной психологии понятие «выйти из зоны комфорта» принято трактовать как некий **путь к улучшению** своего нынешнего положения. И в большинстве случаев такой способ действительно работает. Однако, говоря о тех, кто годами страдает САЛ — редкой, но изматывающей морально и физически болезнью, цель трансформации должна быть прямо противоположной: **вернуть женщину** в зону комфорта. Изучение этиологии и патогенеза САЛ до сих пор не завершено. Возможно, когда будут чётко понятны причины заболевания, удастся найти метод для быстрого и окончательного лечения пациенток. Пока же в руках клинициста есть рабочие алгоритмы, а в его компетенции — выстраивание **доверительных отношений** с больной и настрой на **продолжительное** профессиональное взаимодействие. **SP**

Библиографию см. на с. 80—86.

ВАЗ* ДУМАЕТ О ВАС!

ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ ПО БОРЬБЕ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ В ОЧЕРЕДНОЙ РАЗ ПОСТАВЛЕНЫ. ИЗМЕНИТСЯ ЛИ ЧТО-ТО?



На 75-й сессии ВАЗ*, прошедшей в мае 2022 года, было принято рекордное количество решений по вопросам охраны здоровья. Рекомендации касаются методов борьбы с различными неинфекционными заболеваниями, в частности с сахарным диабетом и ожирением¹.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

По оценкам ВОЗ, заболеваемость будет расти².

2021 — 420 млн
2030 — 578 млн
2045 — 700 млн



У **каждого второго** взрослого с сахарным диабетом 2-го типа болезнь **не диагностирована**.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ К 2030 ГОДУ¹

60%

страдающих сахарным диабетом пациентов в возрасте 40 лет и старше — обеспечение терапии статинами

80%

людей, страдающих заболеванием, — выявление болезни

диабетиков — надлежащий контроль гликемии лиц с диагностированным сахарным диабетом — эффективный контроль артериального давления

100%

пациентов с сахарным диабетом 1-го типа — возможность получать недорогой инсулин и самостоятельно контролировать концентрацию глюкозы в крови

ОЖИРЕНИЕ

5 млн людей умерли в 2019 году от неинфекционных заболеваний, обусловленных ожирением. Оно — значимый фактор риска болезней сердца и сосудов, сахарного диабета, некоторых онкологических заболеваний, в том числе **рака репродуктивных органов** — эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы.



ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ³

2025

остановить распространение ожирения среди детей младше 5 лет, подростков и взрослых

2030

ликвидировать все формы неполноценного питания

на 10%

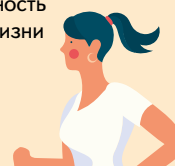
снизить потребление взрослыми и детьми свободных сахаров

на 15%

уменьшить распространённость малоподвижного образа жизни

70%

планируемая частота грудного вскармливания в первые 6 мес жизни



ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА И ОЖИРЕНИЯ

- **Сбалансированное питание:** ограничение калорийности рациона, уменьшение потребляемых жиров и сахаров и увеличение — фруктов и овощей, бобовых, цельных злаков и орехов.
- **Регулярная физическая активность** (60 мин в день для детей и 150 мин в неделю для взрослых).
- **Снижение массы тела.**



Вывод: Программы ВАЗ прекрасно задуманы, но **плохо работают:** заболеваемость ожирением и сахарным диабетом год от года только **растёт**. Если не **убеждать пациенток** в серьёзности ситуации, то скоро **потерь будет ещё больше**.

* ВАЗ — Всемирная ассамблея здравоохранения.

1. Семьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. — URL: <https://www.who.int/ru/news/item/27-05-2022-seventy-fifth-world-health-assembly---daily-update--27-may-2022>.
2. Снижение бремени неинфекционных заболеваний за счёт усиления профилактики диабета и борьбы с ним. — URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_ACONF5-ru.pdf.
3. Последующие меры в контексте политической декларации третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. — URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add6-ru.pdf.