

# SCATUS PRAGRAMENT OF THE SERVING THE SERVI

runekouorur akyuepembo beenuognbiŭ spak

#6 [35] 12 / 2016 / StatusPraesens





Перекличка перинатальных центров России: итоги 2ф15 года • Менопаузальный переход: обзор мировых рекомендаций за последние 2 года • Курящая женщина как проблема гинеколога • Антенатальная гибель плода: расширяем границы известного • Волновая активность или перистальтика эндометрия? • Полиненасыщенные жирные кислоты: это надо знать! • Повышение качества эмбрионов при ВРТ: что мы можем? • Фармаборт при внематочной беременности





#### Уважаемые коллеги!

Республика Чувашия — небольшой компактный регион с высокой плотностью населения. Как и в стране в целом, в регионе одни из приоритетных задач — охрана здоровья матери и ребёнка, повышение качества и доступности медицинской помощи. Сегодня мы можем поделиться опытом преодоления немалого числа преград, в том числе дефицита врачей неонатологов и анестезиологов-реаниматологов, организации рационального использования дорогостоящего оборудования. Трудности не останавливают нас на пути оптимизации службы родовспоможения.

С 1998 года в Чувашии идёт целенаправленная работа по централизации акушерской помощи. В 2Ф12 году создана модель оказания стационарной акушерской помощи, включающая семь межрайонных акушерских отделений II уровня и **два перинатальных центра**. Акушерские отделения I уровня закрыты, однако в каждом районе сохранены по три—четыре койки патологии беременности, а также гинекологические койки в составе хирургических отделений. Организован мониторинг беременных в критическом состоянии, рожениц, родильниц и новорождённых в режиме онлайн на базе ведущего учреждения республики — Президентского перинатального центра.

( 2ФФ2 года работает **система послеродовой реабилитации**. На очереди организация работы **коек акушерского ухода**.

Доказательства эффективности проведённой работы — отсутствие ранней неонатальной смертности, единичные случаи мертворождаемости в акушерских стационарах II уровня; 82% преждевременных родов на III уровне; число экстренных выездов бригад специалистов для оказания помощи на II уровне снижено до девяти за год. В 2ф16 году показатель младенческой смертности составил 3,2 на 1 тыс. детей, родившихся живыми.

Мероприятия в рамках Приоритетного национального проекта «Образование», «субботники» — живое общение с проф. В.Е. Радзинским и его соратниками, — чтение журнала StatusPraesens и ёмких, грамотных пособий по актуальным вопросам в формате Информационно-образовательного проекта № чрезвычайно востребованы нашими врачами, что наилучшим образом отражает включённость специалистов региона в систему непрерывного медицинского образования...

Наряду с достигнутыми успехами перед нами стоят и задачи: создание единого информационного пространства в республике, снижение числа абортов, улучшения эффективности ЭКО, восполнение кадрового дефицита. И это — реальный фронт работ, позволяющий удержать достигнутые результаты в регионе и в стране в целом.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Чувашия, зам. главного врача Президентского перинатального центра

Т.В. Дерипаско



runekonorur akya

#6[35]

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)





**Главный редактор:** засл. деятель нацки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Євсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. нацк (ветлана Александровна Маклецова

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

**Арт-директор:** Лина Разгулина

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов Ответственный секретарь: Татьяна Анатольевна Добрецова

Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Катаева

Ответственный редактор номера: Татьяна Анатольевна Добрецова

Научные эксперты: канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев, канд. мед. наук Сергей

Александрович Князев

Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Катаева, Юлия Бриль, Ирина Ипастова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова, Єлена Матюхина, Єкатерина (ерёгина, Дарья Андреева, Офелия Беттихер

Препресс-оиректор: Наталья Лёвкина

Выпускающие редакторы: Марина Зайкова, Анастасия Мухина

Вёрстка: Юлия (куточкина, Дмитрий Амплеев

**Инфографика:** Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Лина Разгулина, Юлия Крестьянинова, Лидия Веллес

Корректоры: Єлена Соседова, Анастасия Валентей

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

**Отдел подписки:** Юлия Митрошенкова (umb@praesens.ru)

тельной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» (№5082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26в, стр. 2, оф. 618) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 5000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 29 декабря 2016 г. / Ядрес и телефон редакции: 105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26в, стр. 2, бизнес-центр PostetPlaza, офис 618. Тел. 8 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: www.statusgraesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в 80 «ПК «Пушкинская площадь». Ядрес: 199548, Москва, ул. Шоссейная, g. 4g / Присланные рукописи и gpyrue 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 (сылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публи-каций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Фотобанк Лори. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори.

- © 000 «Медиабюро Статус презенс» © Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

# 

runekonorur akymepembo de

#### СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9 слово главного РЕДАКТОРА

**15** МЕДПОЛИТ



### Наша служба и опасна, и трудна... И интересна

Перекличка перинатальных центров России: итоги 2015 года

Костин И.Н., Ипастова И.Д., Серёгина Є.М.

Важнейшим показателем эффективности работы службы родовспоможения служит перинатальная (мертность в регионах. За 2012-2015 годы по 18 территориям РФ она составила в среднем 8,5‰ с отчётливой тенденцией к снижению с 9,4 до 7,4‰. Аналогичный показатель при преждевременных родах достиг 77,7‰, снизившись с 92,1 до 62%о. Таковы результаты третьей переклички перинатальных центров страны, прошедшей в сентябре 2016 года в рамках «Сочинских контраверсий».

**2**Б ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА

### Предел возможностей

Интервью с заместителем директора по учебной работе Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, деканом факультета усовершенствования врачей МОНИКИ, док. мед. наук, проф. Оксаной Юрьевной Александровой

Иванов А.В.

**Ч3** анатомия достоверности

### Многофункциональный аргумент

Как предупредить перинатальные потери от зачатия до завершения периода новорождённости — вопрос на стыке дисциплин

Бриль Ю.А., Андреева Д.Г.

55 CONTRA-VERSION



### Есть многое на свете, друг Горацио...

От слепой веры в доказательную медицину к концептуальному подходу к ведению пациенток. Мнение российского врача

Ушакова Г.А.

Развитие отрасли невозможно силами одной только доказательной медицины. Она лишь позволяет верифицировать то, что уже наработано практиками, понимающими основы физиологических и патологических процессов. Опыт врачей старой школы в решении той или иной клинической проблемы и доказательная медицина должны взаимно дополнять, а не отрицать друг друга.



## cogepskanue nouepa

**62** ПЕХТ-ПРОСВЕТ

### Незаменимая инвестиция в будущее

Полиненасыщенные жирные кислоты: значение для сохранения здоровья беременной, плода и ребёнка

Ордиянц И.М., Матюхина Є.Г., Бриль Ю.А.

74

### Предсказание без кофейной гущи

Неинвазивные методы оценки шансов на успех ЭКС

Вартанян Э.В., Девятова Є.А.



Репродуктологи убеждены, что последний непреодолённый рубеж на пути триумфа ВРТ — неудачи имплантации, составляющие примерно 70% от всех несостоявшихся гестаций после ЭКО. Спорных вопросов много. Однако комбинация таких признаков, как адекватная волнообразная активность и васкуляризация эндометрия, может стать надёжным предиктором успеха ЭКО.

Почему бы уже сегодня не пользоваться удобными неинвазивными технологиями визуализации, вполне доступными в рутинной практической работе.

83 ДИСКУССИОННЫ

#### C/6 - abs

Почемы пооблема меотворожовемости од сих поо актиальна?

Радзинский В.Е., Князев С.А.

OF VIA SCIENTIARUM

### Безопасный переход

Менопаузальный переход: активная тактика ведения с учётом клинических рекоменоаций

Юренева С.В., Ильина Л.М.

В 2016 году эксперты IMS издали «Рекомендации по сохранению здоровья женщин среднего возраста и менопаузальной гормональной терапии», в которых предлагают рассматривать МГТ как часть общей стратегии поддержания женского здоровья в перии постменопаузе — наряду с коррекцией образа жизни, правильным питанием, физической активностью, отказом от курения и алкоголя. Вовремя назначенная МГТ купирует вазомоторные симптомы и профилактирует субклинический атеросклероз.

102

### Энциклопедия неприятностей

Дифференциальная диагностика заболеваний вульвы

Боровкова Є.И.

## Status Paesens

runekonorur akymepembo beennognbrå Spak

#### СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

117 что и требовалось доказать

### Не всякий дым нам сладок и приятен

Выбор контрацептивного метода у курящих женщин старшего репродиктивного возраста: что предпочесть

Юренева С.В., Ипастова И.Д., Беттихер О.А.

124

### Под давлением акушерских потерь

Профилактика гипертензивных осложнений у беременных (обзормежорнарорных рекоменраций)

Пустотина О.А.

Единственным способом выявления женщин группы риска преэклампсии служит сбор подробного анамнеза и рутинное измерение кровяного давления при каждом дородовом визите. При этом только у беременных с установленным диагнозом преэклампсии возможно прогнозирование тяжёлых акушерских осложнений.

133 РАБОТА НАД

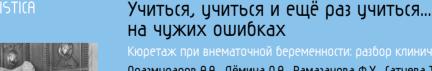
### Решая проблему качества

Вспомогательные репродуктивные технологии: как улучшить качество эмбоионов?

Шестакова И.Г., Ипастова И.Д., Андреева Д.Г.

В соответствии с рекомендациями FIGO 2015 года «Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине» возраст матери не должен служить основным прогностическим фактором анеуплодий и ведущим аргументом в пользу применения инвазивных методов пренатальной диагностики.

143 CASUISTICA



Оразмурадов А.А., Дёмина О.А., Рамазанова Ф.У., Сатуева Т.О., Савенкова И.В.

Казалось бы, внедрение щадящего медикаментозного аборта, наличие чёткого протокола и принципов постабортной реабилитации должны были бы свести к минимуму риски, связанные с прерыванием беременности. Однако осложнённый аборт остаётся в списке ведущих причин материнской смертности.

Ошибки, допущенные на амбулаторном этапе, хоть и оперативно исправленные врачами стационара, но едва не окончившиеся фатально, заставляют задуматься о добросовестности и качестве выполнения врачами своей работы.

148 литература

# критическое осмысление быстротекущей жизни

Член-корр. РАН, проф. В.Є. Радзинский о профессиональном мировоззрении современного клинициста



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

Адресуя вступительное слово интеллектуальной элите акушерства и гинекологии, каждому своему коллеге, «врачу и человеку», не могу не восхититься достигнутым результатом нашей общей профессиональной деятельности — реальным снижением показателя материнской смертности до цивилизованной отметки.

0 цифрах можно спорить, но факт очевиден. Одновременно это и повод для гордости, и подтверждение необходимости снова и снова сверять собственные знания с общемировыми, персональную врачебную практику — с опытом коллег и наставников.

Вне всяких сомнений, свой вклад в достижение Россией одной из Целей тысячелетия, сформулированных ООН, — снижения показателя материнской смертности (10,1 на 100 тыс. живорождений в 2015 году) — внесли врачи, критически осмысливающие происходящее, отказавшиеся от ненужных и чрезмерных методов диагностики и лечения. Это произошло не вдруг и далось непросто. Одна из основоположников отечественного акушерства, акад. РАН, проф. Г.М. Савельева очень точно подметила, что при стаже 50—60 лет крайне тяжело отказаться от стереотипов прошлого и принять новое, понимаемое умом, но «практическим опытом» отвергаемое.

Яркий пример, известный всем врачам (не только прогрессивно думающим, но котя бы просто читающим клинические протоколы) — «квартет анахронизмов»: клизма и бритьё промежности при поступлении роженицы, катетеризация мочевого пузыря и лёд на живот родильницы не просто безосновательны, но и вредны! Как тут не вспомнить скандал, растиражированный в СМИ в конце 2016 года, когда повторнородящей в приёмном покое поставили клизму и она родила в коридоре родблока, что и было зафиксировано другой пациенткой на камеру мобильного телефона. Конечно, бывают быстрые и стремительные роды, но...

Не предусмотренная СанПиНом 2010 года и не рекомендуемая ВОЗ (2015) очистительная клизма достоверно уккоряет родовой акт, о чём были прекрасно осведомлены врачи ещё на заре становления отрасли. Они не знали о свойствах этой процедуры усиливать выработку серотонина в обкладочных клетках кишечника и о последующем открытии им кальциевого канала утеромиоцита, однако успешно

[ «Квартет анахронизмов» клизма и бритьё промежности при поступлении роженицы, катетеризация мочевого пузыря и лёд на живот родильницы не просто безосновательны, но и вредны!] применяли касторовое масло и «встречную» клизму для (ТИМ УЛЯЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ.

Проверяющие и руководители злосчастного учреждения заинтересовались: зачем же делать не предусмотренные нормативными документами процедуры? Ответ был стереотипен: Так привыкли. И виновные были наказаны.



Прогрессивным руководителям не позавидуешь: сопротивление разумному ведению пациенток в акушерстве и гинекологии чаще возникает со стороны не врачей, а среднего персонала со стажем работы 30—40 лет. Врачи гораздо более грамотны и ответственны. Сейчас почти не встретишь «санации» влагалища без восстановления вагинального нормоценоза, реже госпитализируют и лечат неизвестно чем женщин с недоказанным «угрожающим невынашиванием», что, в свою очередь, позволяет избежать самых негативных последствий госпитализации: заражения внутрибольничной инфекцией, полипрагмазии, назначения препаратов с недоказанной эффективностью или без соотвествующих показаний, 18-кратного (!) увеличения риска венозных тромбозов.



Однако современная медицина не позволяет считать индивидуальный опыт основой для смены мировоззрения. Именно этим и отличается контраверсионность современных представлений от патернализма медицины уходящей: evidence based medicine — медицина, основанная на доказательствах, — не догматична!

На смену выдвинутым 10 лет назад положениям приходят новые, уточняющие и даже опровергающие предыдущие. Вот где необходимы опыт и интеллект врача: только их сочетание позволит принять правильное решение, не выходящее за рамки действующих клинических рекомендащий.

В качестве поимера хочу рекомендовать всем без исключения — практикам и теоретикам репродуктивной медицины — второе издание книги под ред. Говарда Карпа «Повторные потери беременности» (2016), переведённое на русский язык в 2017 году. В ней более 40 авторов излагают доказанные данные по всем аспектам привычного невынашивания. Оказалось, что по многим вопросам, начиная с эпидемиологии. этиологии. патогенеза, диагностики и лечения и заканчивая высокими аспектами генетических и иммунных детерминант, в мире нет консенсиса. Это относится и к роли тромбофилий в генезе невынашивания (есть или нет), и к назначению прогестинов (нужно или не нужно), иммуноглобулинов и многого другого. Практически все представленные утверждения, как положительные, так и отрицательные, имеют определённую доказательную базу.



В каждом выпуске журнала SP (и этот — не исключение!) мы публикуем ряд статей, в которых та или иная проблема отрасли рассмотрена (квозь призму критического переосмысления существующих позиций или врачебной деятельности в целом. Например, одно из ключевых событий 2016 года — IX Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи), в рамках которого уже в третий раз прошла «перекличка» перинатальных центров.

В этот раз основной акцент был сделан на оценке качества работы родовспомогательных учреждений: стало очевидным, что одно из важнейших направлений дальнейшего совершенствования — уменьшение доли необоснованных кесаревых сечений. Эту рекомендацию следует принять на вооружение руководителям всех без исключения перинатальных центров страны.

[ Руководителям не позавидуешь: сопротивление разумному ведению пациенток в акушерстве и гинекологии чаще возникает со стороны не врачей, а среднего персонала со стажем работы 30—40 лет.]



Ещё одна важная тема настоящего выпуска SP — мертворождаемость. Несмотря на достижения акушерства, этот статистический показатель демонстрирует очень медленное снижение. Тема не сходит с повестки дня: только за последний год на конференциях StatusPraesens прозвучало пять интереснейших докладов, посвящённых вопросу мертворождаемости и способам борьбы с нею. Шквал научных данных и вызванная ими бурная дискуссия показывают, что эту проблему большинство врачей считают значимой и серьёзной. Возможно ли её преодолеть?



Любой практикующий врач знает: сегодня важно не только вылечить пациентку, но и доказать правильность своих действий многочисленным проверяющим. Всё ли соответствует порядкам и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям и мнению эксперта из страховой компании? Можно ли назначить препарат, если международные исследования подтвердили его эффективность, но в инструкции по применению не прописаны соответствующие показания? Правомерна ли платная услуга по замене дженерика на оригинальный препарат в реанимации? Во всём этом читателю поможет разобраться зам. директора МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по учебной работе, декан факультета усовершенствования врачей, докт. мед. наук, проф. О.Ю. Александрова.



Прегравидарная подготовка и грамотное ведение ранних сроков беременности предупреждают многие пре-, перии постнатальные осложнения у матери и плода. Не менее значим этот этап и для пациенток, планирующих ВРТ, где от качества эмбриона весьма существенно зависит шанс на успешную беременность. Удачное сравнение привели авторы статьи: «Шикл ВРТ подобен старту ракеты: слишком многое поставлено на карту, чтобы потерпеть неудачу из-за легко устраняемых причин, например, из-за нехватки микронутриентов». Как решить задачу?



[ (овременная медицина не позволяет считать индивидуальный опыт основой для смены мировоззрения. Именно этим и отличается контраверсионность современных представлений от патернализма медицины уходящей: evidence based medicine — медицина, основанная на доказательствах, — не догматична! ]



Проблеме менопациального перехода за минувшие 2 года было уделено чрезвычайно много внимания. Ни одна из ведущих мировых экспертных организаций не осталась в стороне от обновления ранее существовавших или от создания новых рекомендаций по ведению женщин в этот период. Современные клиницисты «вооружены» авторитетным мнением специалистов Международного общества по менопаузе (International menopause society, IMS), Европейского общества по менопаузе и андропаузе (European menopause and andropause society, EMAS), Эндокринологического общества США (Endocrine society, USA), Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (National institute for health and care excellence, NICE), Европейского общества по вопросам репродукции человека и эмбриологии (European society of human reproduction and embryology, ESHRE). В документах этих организаций не последнее место отдано констатации того факта, что сердечно-сосудистые и метаболические заболевания берут (воё начало именно в пременопаузе.

А это как раз и означает, что столь непростой, если не сказать переломный, период жизни женщины — наиболее подходящее время, чтобы действовать. Мы попытались показать — как.



До сих пор в нашем обществе бытует устаревшее мнение, что по окончании I триместра плоду уже не страшны тератогенные факторы и риск врождённых пороков развития сведён к нулю, поскольку закладка органов уже произошла. Это в корне неверно, поскольку опасность фетопатий сохраняется и во II, и в III триместре. Ключевое значение в формировании такого рода угроз имеет недостаток белка и полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) в рашионе.

О том, какие механизмы лежат в основе осложнений, чем грозит дефицит этих компонентов рациона и каким должен быть алгоритм действий практикующего врача, — одна из статей текущего выпуска.



Пожалуй, одним из наиболее острых и дискуссионных материалов номера можно назвать статью Галины Александровны Ушаковой, засл. врача РФ, докт. мед. наук, проф., академика Российской академии естествознания (РАЕ), о роли и значимости доказательной медицины в современной клинической практике. Нередко именно неправильное понимание сути доказательной медицины, пренебрежение опытом и клиническим мышлением становится причиной некомпетентности врача. Найти баланс всех составляющих — в этом и состоит особая трудность медицинской профессии.



Я уверен в том, что чтение качественной профессиональной литературы, участие в мероприятиях и неравнодушие к тому, чем занимаешься в жизни, — ключевые моменты становления любого врача и слагаемые его успеха.

### наша служба и опасна, и трудна... и интересна

Перекличка перинатальных центров России: итоги 2015 года







**Авторы:** Игорь Николаевич **Костин**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинаталогии Медицинского института РУДН; Ирина Дмитриевна **Ипастова**, канд. биол. наук, StatusPraesens; Екатерина Михайловна **Серёгина**, StatusPraesens (Москва)

В 2Ф1Ч году в рамках «Сочинских контраверсий» под эгидой Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)\* стартовал чрезвычайно любопытный проект — перекличка перинатальных центров страны, — по сути, позволяющий вывести рейтинг этих учреждений (по версии МАРС\*). Стоит отметить, что основная задача переклички состоит в том, чтобы выявить наиболее успешные по итогам минувшего года медицинские организации и, что особенно важно, наметить дальнейшие пути повышения эффективности работы этих ключевых учреждений и всей службы родовспоможения в целом.

За два минувших года интерес к этому проекту заметно вырос: в 2ф16-м в нём приняли добровольное участие 2ф перинатальных центров, и это в три с лишним раза больше, чем было на старте. Мы с гордостью и радостью представляем на страницах журнала результаты третьей переклички, состоявшейся в сентябре 2ф16 года в рамках IX Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». И вот наступило самое подходящее время критически оценить итоги и построить планы на будущее!

Входе подготовки к перекличке руководителям всех перинатальных центров страны были разосланы анкеты для анализа качества работы учреждений и региональной службы родовспоможения (см. плашку). Отчётные данные откликнувшихся медицинских

организаций оценили по балльной шкале и, исходя из общей суммы баллов, составили рейтинг эффективности (по версии МАРС). К сожалению, в двух опросниках были заполнены не все пункты, и поэтому участники, приславшие эти анкеты, из проекта выбыли.

<sup>\*</sup> Президентом МАРС выступает Виктор Євсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН.



### Как оценивали эффективность работы перинатальных центров?

Анкеты, которые специалисты MAPC разослали в перинатальные центры страны, содержали вопросы о показателях эффективности работы службы родовспоможения в регионе\*.

- Количество взятых на учёт беременных в регионе в 2015 году.
- Количество родов в родовспомогательных учреждениях по уровням оказания помощи в 2015 году.
- Перинатальная смертность в регионе общая и при преждевременных родах в динамике за 2012—2015 годы.
- Материнская смертность в регионе за 2012-2015 годы.
- Количество родов всех и, в частности, преждевременных на III уровне по отношению к таковым в регионе.

Руководителям перинатальных центров также предложили сообщить о следующих показателях работы (воего учреждения:

- количестве родов в перинатальном центре;
- доле преждевременных родов;
- частоте оперативных родоразрешений (общей и при преждевременных родах);
- перинатальной смертности (общей и при преждевременных родах). Для каждого показателя рассчитывали медиану, верхний и нижний квартили. В звисимости от того, в какой квартильный интревал попадал показатель, ему присваивали от 1 до 4 баллов.
- \* Автор-составитель опросника Игорь Николаевич Костин, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН.

Итак, по итогам 2015 года триумфаторами оказались:

- Перинатальный центр Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа (Белгород);
- Московский областной перинатальный центр (Балашиха);
- Перинатальный центр Воронежской областной клинической больницы №1 (Воронеж).

От души поздравляем с победой!

### Что в регионах?

Усреднённые результаты работы 18 регионов страны за 2015 год представляют большой практический интерес, поскольку дают возможность сопоставить их с данными официальной статистики и оценить каждое учреждение относительно всех участников рейтинга. К тому же проведённый анализ позволяет увидеть резервы для дальнейшего совершенствования деятельности всей службы родовоспоможения в целом. Итак...

По итогам 2015 года в среднем по 18 территориям РФ только 10,6% (0—31,7%) родов произопило на 1 уровне. В идеале в таких медицинских организациях должно быть 20—30% родов (однако около 75% населения России живёт в городах, где практически нет учреждений родовспоможения I уровня), иначе «агония» этого действительно необходимого звена здравоохранения будет продолжаться.

«Проблема I уровня» возникла не вчера и копилась годами, чему способствовали слабое финансирование и низкая кадровая укомплектованность, а также недостаточная профессиональная подготовка специалистов. В России, как показали многочисленные исследования большинство учреждений родовспоможения I уровня маломощные, а потому потенциально опасные и, как следствие, маловостребованные.

В решении этой проблемы можно выделить два направления. Первое — закрывать акушерские отделения центральных районных больниц\*, как, к примеру, поступили в Краснодарском крае и Чувашии. Однако в Чувашской Республике, где в результате подобных мер в учреждениях III уровня стали выполнять около 68% всех родов в регионе,

правильность такого подхода довольно сомнительна, поскольку перинатальные центры планировали и строили, в первую очередь, для того, чтобы оказывать высокотехнологичную дорогостоящую и высокопрофессиональную помощь.

Учреждения I уровня не должны «умирать», и, чтобы этого избежать на практике, в них следует направлять беременных с низким перинатальным риском, а для этого прежде всего важно грамотно и чётко наладить систему маршрутизации.

Второе направление в решении проблемы маломощных учреждений I уровня — более затратное, предполагающее их реорганизацию и оснащение в соответствии с современными критериями безопасного родовспоможения, возможно, с изменением организационной структуры.

Следующий критерий рейтинга работы службы в субъектах РФ — доля преждевременных родов: в среднем по 18 регионам по итогам 2015 года она оказалась равной 5,4%, что в целом соответствует общероссийскому значению в 5.5—5.6%. Важно обратить внимание. что около 6% (0-14,7%) всех преждевременных родов произошло В ЦЧоежоениях | цоовня, более того, в них было принято 4.6% (0-16.8%) родов сооком до 28 нед. Над этим, безусловно, необходимо работать аутсайдерам рейтинга: в таких организациях преждевременных родов вообще быть не должно. На II уровень пришлось 20,1% всех родов в регионах в сроке до 28 нед. В отношении этого также должны быть приняты определённые меры, поскольку техническая и кадровая оснащённость этих акушерских стационаров не позволяет им выхаживать детей с экстремально низкой массой тела; последнее должно входить в компетенцию перинатальных центров. А вот для родов в 34—37 нед учреждения II уровня вполне подходят.

Что касается общего количества родов в учреждениях III уровня, этот показатель составил 34,8% (8,1-67,7%), что несколько выше оптимального значения в 20%. На долю преждевременных пришлось около 58% родов (30,6-81,6%).

Важнейшим показателем эффективности работы службы родовспоможения служит перинатальная (мертность в регионах. За 2012—2015 годы по 18 территориям РФ она составила в среднем 8,5‰ с отчётливой тенден-

цией к снижению — с 9,4 до 7,4%о. Аналогичный показатель при преждевременных родах достиг 77,7%, снизившись с 92,1 до 62%о.

### Что в перинатальных центрах?

Следующим этапом переклички стала оценка работы самих перинатальных центров (табл. 1).

… Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинеко-логия, акушерство, бесплодный брак» №6 (35)

Таблица 1. Результаты опроса 18 перинатальных центров РФ за 2015 год

	Параметр	Среднее значение	Разброс
В регионе	Количество родов, абс. • В учреждениях I уровня, % • В учреждениях III уровня, %	26 000 10,6 34,8	9474-83 938 0-31,7 8,1-67,7
	Доля преждевременных родов (ПР), % • В учреждениях I уровня, % • В учреждениях III уровня, %	5,4 6,0 57,9	3,4-7,3 0-14,7 30,6-81,6
	Доля родов менее 28 нед от всех ПР, % • В учреждениях I уровня, % • В учреждениях II уровня, %	8,3 4,6 20,1	6,3-12,0 0-16,8 3,6-41,4
	Средняя перинатальная смертность за 2012—2015 годы, $\%_0$	8,5	5,9—11,4
	Средняя перинатальная смертность при ПР за $2012-2015$ годы, $\%_0$	77,7	30,9-119,4
В перинатальном центре	Количество родов, абс.	4978	2256-8188
	Перинатальная смертность, ‰	10,7	5,5-20,6
	Перинатальная смертность при родах <i>per vias</i> naturales, %	9,5	2,1-30,7
	Перинатальная смертность при кесаревом сечении, %	8,3	-
	Доля ПР от всех родов, % Sic!	11,8	7,1-26,6
	Перинатальная смертность при ПР, ‰	67,5	29,4-145
	Доля оперативных родоразрешений, % Sicl	38,9	26-57,3
	Доля оперативных родоразрешений при ПР, %	56,5	39,6-71,9
	Частота кесарева сечения при ПР, %: • до 28 нед гестации; • на 28—34-й неделе; • на 34—37-й неделе	51,4 60,4 54,1	- - -
	Средняя перинатальная смертность за 2012—2015 годы, ‰	12,8	6,8-26,6
	Средняя перинатальная смертность при ПР за 2012—2015 годы, $\%_0$	85,3	41,2—137,3

<sup>\*</sup> В мире ещё в 2фф5 году было доказано, что если в стационаре принимают менее 6фф родов в год, то статистика материнской смертности в этом учреждении не показательна, так как при таком объёме акушерской помощи невозможно снизить материнские потери. В России, по данным 2ф3 года, среднее количество родов в учреждениях I уровня составило чуть более 3фф. Однако императивно закрывать такие организации нельзя: Россия огромная страна, каждый регион которой имеет свои особенности, именно поэтому ликвидацию маломощных учреждений следует проводить только с учётом регионализации и маршрутизации.

### предел возможностей

Интервью с заместителем директора по учебной работе Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, деканом факультета усовершенствования врачей, докт. мед. наук, проф. Оксаной Юрьевной Александровой

**Беседовал:** Александр Васильевич **Иванов**, StatusPraesens (Москва)

Насколько свободен акушер-гинеколог при выборе фармакотерапии? «Свобода есть осознанная необходимость» — учили на кафедрах научного коммунизма в советские годы, приписывая эти слова то Марксу, то Гегелю, то (пинозе. «Свобода в пределах ошейника» — язвили студенты, полагая, что речь идёт исключительно об идеологии. Однако сегодня требование соблюдать не только порядки оказания медицинской помощи, но и стандарты, клинические рекомендации, перечни лекарственных средств и инструкции по их применению создаёт дополнительные ограничения в работе любого врача.

Аргументы в пользу стандартизации известны: в целом она гарантирует лучший результат, чем тактика ведения пациенток, основанная на личном опыте. Этим путём давно идёт весь мир — и только в России чесли нельзя, но очень хочется, то можно», и только у нас честь закон и есть жизнь». Положение усугубляют противоречия в различных регламентирующих документах.

ожно ли работать эффективно, сочетая клиническое мышление и выполнение обязательных норм и условий? Попробуем разобраться с точки эрения юриста...

Уважаемая Оксана Юрьевна, если верить статистике, сегодня практически у каждой женщины есть целый букет болезней. Отвечает ли акушер-гинеколог за лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, например железодефицитной анемии при беременности?

Оксана Юрьевна Александрова (О.А.): Если мы говорим о юридической стороне дела, то давайте уточним термины. «Отвечает» — значит «несёт ответственность», которая бывает дисциплинарной, административной, гражданской и уголовной. Она наступает для того, кто нарушил требования, установленные нормативными актами, причинил вред или нанёс ущерб, совершил преступление. Если вред пациентке причинили врач или акушерка, то ответчиком в гражданском процессе будет медицинская

[ Єсли вред пациентке причинили врач или акушерка, то ответчиком в гражданском процессе будет медицинская организация как работодатель в соответствии со ст. 1\\$68 Гражданского кодекса РФ. ]



Оксана Юрьевна Александрова, докт. мед. наук, проф., заместитель директора по учебной работе Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, декан факультета усовершенствования врачей МОНИКИ.

организация как работодатель в соответствии со ст. 1068 Гражданского кодекса РФ. А вот к уголовной или дисциплинарной ответственности можно привлечь только физическое лицо — думаю, понятно почему.

Имеет ли при этом значение, какая у врача специальность, а у пациентки — болезнь? Иногда да, а иногда нет. С одной стороны, в квалификационных характеристиках акушера-гинеколога, которые утверждены Приказом Минздравсоцразвития России №541н, написано, что он оказывает помощь именно по своему профилю. Это положение осталось и в проекте профессионального стандарта, разработанном совсем недавно, в 2016 году. С другой стороны, в Порядке оказания акушерскогинекологической помощи есть целый раздел про ведение беременных с экстрагенитальными заболеваниями, и там для каждого кода МКБ-10 перечислены **КОНКРЕТНЫЕ МЕТОЗЫ** диагностики, терапии и других вмешательств.

Сам по себе факт лечения гинекологом беременной с анемией не может стать поводом для разбирательства: в 572-м приказе Минзорава сказано, что на амбулаторном этапе нужно выписать железосодержащие препараты, рекомендовать диету, провести коррекцию гиповитаминоза и т.д. А вот при болезнях эндокринной системы формулировка уже другая — «медикаментозная терапия по назначению эндокринолога», как и при ревматических пороках сердца — «по назначению кардиолога или терапевта».

Выглядит немного странно: при митральном стенозе на лабораторные исследования и эхокардиографию направляет акушер-гинеколог, а чем нужно лечить, определяет кардиолог...

О.А.: В «Основах охраны здоровья граждан» есть статья 70 «Лечащий врач». Именно он организует все лабораторные исследования, консультации, фармакотерапию, процедуры, хирургические и другие вмешательства. При этом в законе прямо сказано, что рекомендации консультантов могут быть реализованы только по согласованию ( лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи. Если угрозы для жизни пациентки нет, то ни консультант, ни заведующий отделением, ни консилиум, ни врачебная комиссия не вправе назначить какие-либо лечебно-диагностические мероприятия без него. Важно понимать, что он вправе как принять, так и не принять их точку зрения. Понятно, что в большинстве случаев врач соглашается, но есть и другие примеры, вплоть до записи об особом мнении в первичной документации.

Да, учреждение обязано выполнять 572-й приказ, а там написано, что при железодефицитной анемии нужна консультация беременной у терапевта или гематолога, а при ревматических пора-

[ В Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи (Приказ №572н) для каждого кода МКБ-1Ф перечислены конкретные методы диагностики и терапии при ведении беременных с экстрагенитальными заболеваниями. ] жениях клапанов сердца — у кардиолога. Однако направляет к узким специалистам и подтверждает назначения именно лечащий врач. Может показаться, что это нелогично, но, во-первых, именно он ведёт пациентку с учётом всех имеющихся у неё проблем. А во-вторых, если уж он направил её на консультацию, чтобы получить рекомендации, зачем же он будет их игнорировать?

Я кого считать лечащим врачом — акушера-гинеколога или участкового терапевта, у которого женщина состоит на диспансерном учёте по поводу той же анемии?

О.А.: Согласно Закону №323-ФЗ, врач становится лечащим, когда на него возлагают функции по организации и непосредственному оказанию медицинской помощи в период наблюдения и лечения пациентки. Ключевое слово здесь — «в период», то есть в конкретное время и, добавлю, в конкретной организации. Это не личный доктор, о котором говорят «я посоветуюсь со своим врачом» — в любой момент, как со своим адвокатом. Когда беременная состоит на учёте в женской консультации, её лечащий врач — акушер-гинеколог. Когда она сама обращается в районную поликлинику — участковый терапевт, если поступает с тяжёлой анемией в гематологическое отделение — гематолог.

Можно возразить, что «у семи нянек дитя без глазу», но для того и существует принцип преемственности. Каждый врач, выступающий в качестве лечащего, обязан ознакомиться со всеми рекомендациями, которые выполняет пациентка, и указать в медицинской карте, что она принимает такие-то препараты по назначению, например, гематолога.

**Пр**осто принять к сведению или можно что-то отменить?

О.А.: Теоретически лечащий врач может всё, если для этого есть медицинские показания. Например, препарат нельзя продолжать принимать из-за наступившей беременности или назначенных лекарств стало слишком много. В то же время мы понимаем, что у акушера-гинеколога — своя специальность, и в другой области он может быть недостаточно сведущим.

Кстати, в проектах профессиональных стандартов прописан гораздо более широкий перечень обязательных знаний, чем в «Едином квалификационном справочнике». Однако и после дополнительного обучения, если врач в чёмто сомневается, то он может направить на консультацию или собрать консилиум и уже потом принять решение.

**Вы** упомянули о полипрагмазии. Много препаратов — это сколько?

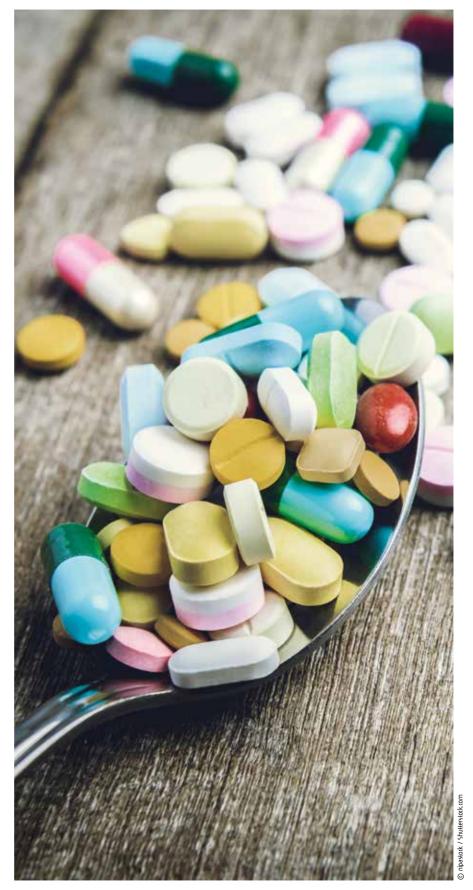
О.А.: По определению, данному в Порядке оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология», полипрагмазия — это когда назначили пять наименований одновременно или больше 10 за весь курс лечения. Обращаю внимание, что речь не идёт о рекомендациях только одного врача, а к лекарственным препаратам относят и витамины, и общеукрепляющие средства типа АТФ, алоэ или стекловидного тела. Ещё, по-хорошему, надо принимать во внимание БАДы — иногда то, что за рубежом считают лекарством, в России регистрируют как биодобавку.

Почему стоит избегать полипрагмазии, понятно: чем больше метаболитов вступает во взаимодействие, тем вероятнее побочные эффекты. Считают, что при одновременном использовании шести медикаментов это гарантировано на 100%.

Однако дело не только в количестве — есть ещё и проблема назначения несколькими специалистами несовместимых или однотипных препаратов (я не имею в виду эмпирическое лечение антибиотиками с разным спектром действия).

А что делать лечащему врачу, если пациентка уже принимает четыре препарата по поводу сопутствующего заболевания и это соответствует стандарту медицинской помощи или клиническим рекомендациям?

О.А.: Корригировать терапию — вся ответственность лежит на лечащем враче. Если надо — с привлечением клинического фармаколога, консилиума или врачебной комиссии. Почему-то, когда речь идёт о дорогостоящих лекарственных средствах, рекомендованных в каком-либо федеральном центре боль-



ному с орфанным заболеванием, это не вызывает особых сложностей...

Что касается стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, то надо понимать, что эти документы не имеют статуса строго обязательных для исполнения врачом. Конечно, в Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённом Постановлением Правительства РФ №1152, сказано об оценке соблюдения стандартов, в том числе об оценке обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов. Однако если указана, например, частота применения 0,7, то никто заранее не знает, относится ли пациентка к тем 70%, которым лекарство нужно, или к 30%, которым не нужно.

В системе ОМС, после того как приказом ФФОМС №130 были внесены изменения в 230-й приказ, дефектами медицинской помощи стали считать невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических или лечебных мероприятий в соответствии с порядками, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями. Но кто, кроме лечащего врача, может определить такую необходимость? Вообще ссылка на протоколы лечения выглядит здесь странно: поскольку это рекомендации, то несоответствие им нельзя автоматически считать дефектом медицинской помощи.

Кроме того, по закону клинические рекомендации не бывают ни федеральными, ни национальными, хотя именно так написано на официальном сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки. Их утверждают профессиональные некоммерческие организации, и то, что эту работу курируют главные внештатные специалисты, а Минэдрав России направляет в регионы сопроводительные письма, не делает протоколы лечения нормативными правовыми актами.

Я что вы скажете об инструкциях по применению — они обязательны? После того как в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца у пациентов возникли проблемы после off-label («вне инструкции») использования «Авастина», эксперты высказывали самые разные точки зрения...

О.А.: Да, в одном из интервью директор этого института даже сказал, что ни один закон не запрещает врачам выписывать лекарства вне упомянутых в инструкции показаний. Зачем тогда вообще нужны инструкции? На самом деле это только показывает, насколько плохо врачи понимают юридические риски своей деятельности. Причём это касается не только России, но и других стран.

… Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинеко-логия, акушерство, бесплодный брак» № (35)



[ Факт лечения акушером-гинекологом беременной с анемией не может стать поводом для разбирательства: в 572-м приказе прямо сказано, что на амбулаторном этапе он должен назначить железосодержащие препараты, рекомендовать диету, скорригировать гиповитаминоз ( и т.д. ]

## C/6 — abs

### Почему проблема мертворождаемости до сих пор актуальна?





**Авторы:** Виктор Євсеевич **Радзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; сергей Александрович **Князев**, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Следует признать, что сегодня ни в России, ни ещё где-либо в мире нет технологий, которые могли бы значительно повлиять на показатель мертворождаемости. Методики прогнозирования и мониторирования состояния плода на данный момент, к сожалению, далеки от совершенства. Мертворождаемость — наименее управляемая с медицинских позиций составляющая перинатальной смертности, на Чф—5ф% зависящая от социально-экономического уклада жизни населения и на 3ф—Чф% обусловленная генетическими и биологическими факторами<sup>3</sup>.

Между тем при оценке качества акушерской, реанимационной и интенсивной помощи учитывают соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в структуре всех перинатальных потерь. Увеличение доли мертворождений при неизменном показателе перинатальной смертности может указывать на дефекты антенатальной охраны плода, ведения родов и оказания реанимационной помощи новорождённым. К сожалению, именно такая картина доминирует сегодня в родовспомогательных учреждениях нашей страны<sup>1</sup>.

Критическому переосмыслению проблемы мертворождаемости и посвящена настоящая публикация.

ибель ребёнка в утробе матери приобрела масштаб настоящей эпидемии мирового масштаба: ежегодно около 2,65 млн детей рождаются на свет мёртвыми. При этом, по мнению экспертов, данный показатель на самом деле гораздо больше. Так, в опубликованном 16 августа 2016 года выпуске новостей Всемирной организации эдравоохранения (ВОЗ) указано, что предположительно до половины случаев мертворождений в мире попросту нигде не регистрируют<sup>2</sup>.

Эта глобальная проблема привлекает внимание каждого специалиста репродуктивной медицины. На всех международных конференциях звучат доклады, посвященные обсуждению причин мертворождаемости и способам её преодоления. В частности, одно из таких мероприятий прошло 8 сентября 2016 года в Монтевидео (Уругвай) под эгидой Международного альянса по

проблеме мертворождения (International stillbirth alliance, ISA) и Международного общества по изучению и предупреждению перинатальной и младенческой смерти (International society for the study and prevention of perinatal and infant death, ISPID)<sup>3</sup>. Несмотря на очередные рекомендации по исследованиям причин мертворождения, был сделан вывод, что в ближайшие годы серьёзного прорыва в этой области ожидать не приходится.

ВОЗ (2016) констатирует: с такой скоростью снижения мертворождаемости должно пройти 16Ф лет, чтобы экономически бедные и развивающиеся страны достигли показателей высокоразвитых стран<sup>4</sup>.

Однако не только экономически бедные регионы с трудом преодолевают проблему антенатальных и интранатальных потерь. Даже в государствах с высоким достатком существуют опреде-

лённые сложности. Например, Чехия достигла показателей мертворождаемости в интервале 6—7‰ к 1970 году, тогда как Греция, Польша и Франция добились таких цифр только через 17 лет.

Что касается Российской Федерации, то, согласно систематическому анализу<sup>5</sup>, опубликованному в октябре 2016 года в журнале Lancet, уровень мертворождаемости в нашей стране за 2015 год составляет 4,09% о. Эти данные обсудим чуть позже, но для сравнения: аналогичные данные были в Финляндии ещё 31 год назад<sup>6</sup>. Почему даже среди относительно благополучных стран существуют столь впечатляющие различия и возможно ли их сократить?

### Чудеса статистики

По данным Минэдрава России (2015), в нашей стране показатели мертворождаемости стали (00тветствовать «цивилизованному коридору» в пределах 4-6%о начиная с 2004 года<sup>7</sup>. Однако с 2012 года (после перехода на новые критерии живорождения) они снова увеличились (6,34%00). Такая тенденция наблюдалась на протяжении 2 лет, а вот затем произошли небольшие сдвиги в лучшую сторону. В 2014 году мертворождаемость сократилась до 6%00, а в 2015-м — ло 5.9%00

Совсем другую информацию предлагают зарубежные источники. Так,

если посмотреть метаданные, представленные на официальном сайте Европейского бюро BO3, то, например, в 2000 году российский показатель был не 6,66, а 18,1%0, то есть почти в 3 раза больше 6. За 2011 год разница в цифрах уже меньше: BO3 говорит о 10,34%00, отечественная статистика — о 7,2%0.

Эти различия появились с 1990-х годов — определения живо- и мертворождения, принятые как в СССР, так и в современной России, всё же не полностью соответствуют определениям воз, в которых вообще нет никаких ограничений ни по весу ребёнка, ни по срокам беременности<sup>21</sup>. И всё же в целом за период 1991—2011 годов мертворождаемость в нашей стране стала ниже: по данным Минздрава России — в 2,5 раза, согласно отчёту ВОЗ — в 2,2 раза.

Вообще, что касается отечественной статистики, то здесь существуют некоторые парадоксы. Переход в 2012 году на регистрацию всех новорождённых, начиная с массы тела 500 г, вполне ожидаемо привёл к увеличению мертворождаемости с 4,49 всего до... 6,34% обратимся к аналогичному показателю во Франции.

Учёт новорождённых с 500 г, родившихся без поизнаков жизни, вводили совместным письмом Министерства занятости, Министерства юстиции и Министерства внутренних дел Франции №2001/576 от 30 ноября 2001 года «О регистрации актов гражданского состояния и распоряжении телами детей, которые умерли до рождения»<sup>22</sup>. Посмотрим статистику: в 2001 году мертворождаемость во Франции составляла 4,84‰, а в 2003-м — 8,95‰, то есть произошло увеличение в 2 раза, и в последующие 10 лет она была около 10%06. Однако в РФ этот показатель чиде(ным образом цвеличился не на 100%, а всего лишь на 40%.

«...Мы по-другому лечим? Нет, мы по-другому учитываем» (Радзинский В.Е., 2017)<sup>1</sup>. Может быть, поэтому ВОЗ считает российскую статистическую информацию о показателях рождаемости и смертности «средненизкого» качества<sup>23</sup>? Как бы то ни было, в чём бы ни заключалась причина — в ошибках при ручном подсчёте (соотношение ошибок при автоматизированной и ручной обработке данных достигает 1:16)<sup>24</sup>, со-

### Распознать и предотвратить

В настоящее время не существует единой международной системы классификации причин мертворождаемости<sup>8</sup>. Многие из них **90** (ИХ ПОР ОСТАЮТСЯ НЕВЫЯСНЕННЫМИ, даже несмотря на проведение обширных исследований и анализа результатов аутопсий. Редко используемый термин, описывающий это явление, — «синдром внезапной смерти плода» — был предложен Джейсоном Коллинзом (Jason H. Collins) в 2000 году<sup>9</sup>. Так, установлено, что многие мертворождения происходят у здоровых матерей при доношенной беременности, при этом аутопсические исследования позволяют выявить причину смерти примерно в 40% случаев <sup>10</sup>.

В числе возможных причин мертворождаемости выделяют следующие 11-14:

- бактериальные инфекции (например, сифилис);
- малярию;
- врождённые пороки развития, особенно лёгочную гипоплазию;
- хромосомные аберрации;
- задержку роста;
- вынужденную гибель плода;
- HELLP-синдром;
- сахарный диабет у матери;
- высокое артериальное давление (в том числе преэклампсия);
- употребление матерью наркотиков, алкоголя, никотина, а также лекарственных препаратов, противопоказанных при беременности;
- позднюю беременность;
- отслойку плаценты;
- физические травмы;
- излучение радиации;
- гемолитичесую болезнь плода и новорождённого;
- целиакию:
- увечье женских половых органов;
- патологию пуповины.

К другим факторам риска мертворождаемости относят множественные беременности и преждевременные роды, причём внутриутробная гибель чаще происходит во время первой или второй гестации 15,16. Известно, что примерно у 20% матерей с эпизодами антенатальной смерти плода в анамнезе были диагностированы гипертензивные расстройства или преэклампсия — закономерно, что нарушение ремоделирования спиральных артерий влияет на полноценность плацентарной функции 17-20.



[ После перехода Франции на новые критерии живорождения показатель мертворождаемости за два года увеличился в два раза — с 4,84 до 8,95‰. А вот в России после регистрации новорождённых, начиная с массы тела 5фф г, он вырос не на 1фф%, а всего лишь на 4ф%. Чудеса статистики? ]

знательном искажении информации в организационно-методических отделах при её передаче от учреждения в министерство, — итог таков: мы не знаем истинных показателей, и поэтому нам очень сложно спланировать слобальную комплексную систему действий, направленных на их снижение.

### Ощипью в полдень

Несмотря на сложности со статистикой, можно попробовать определить возможные пути решения проблемы на национальном уровне хотя бы с помощью логики. Итак, ребёнок погиб внутриутробно, и независимо от того, чем это вызвано — врождёнными пороками развития, инфекцией или синдромом внезапной детской смерти (sudden infant death syndrome, SIDS), — можно условно разбить причины печального исхода на две группы: «не сумели выявить риск наступления этого события» и «не сумели предотвратить это событие при известном риске».

Важно то, что деление причин гибели на «предотвратимые» и «непредотвратимые» на практике имеет больше юридический смысл, чем медицинский, да и вообще часто представляет собой лукавство, поскольку концентрация «непредотвратимых» случаев в некоторых учреждениях, вопреки всякой теории вероятности стремится к 100%.

Выявить риск мертворождения непросто. Это очевидно даже из величины показателя — несколько случаев на 1000 живорождённых. Именно поэтому оценочный метод дол-

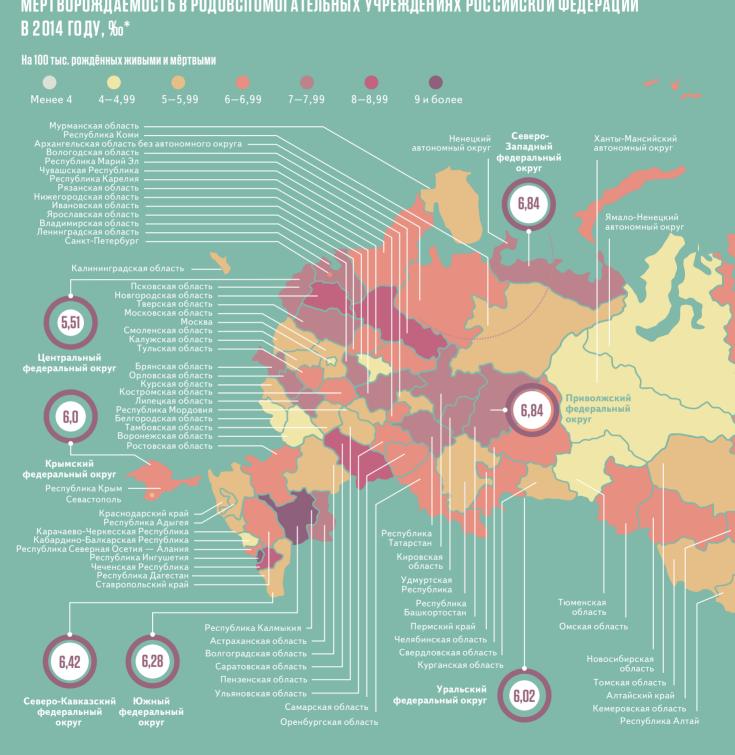
жен обладать не просто чувствительностью, а сверхчувствительностью и высокой специфичностью, иначе массовой гипердиагностики не избежать. Однако есть ли сегодня такие приёмы в арсенале акушеров? Инструментальная диагностика — УЗИ, КТГ — в последние годы за счёт развития компьютерных технологий повышает свою чувствительность, тогда как со специфичностью (и большим количеством ложноположительных результатов) ситуация оставляет желать лучшего. Других алгоритмов, позволяющих оценить состояние плода в матке, пока не изобрели, поэтому следует довольствоваться тем, что есть. Здесь главное — не снижать чувствительность метода факторами «извне»: плохой подготовкой специалистов, сокращением времени исследования для увеличения пропускной способности, нарушением сроков скрининга.

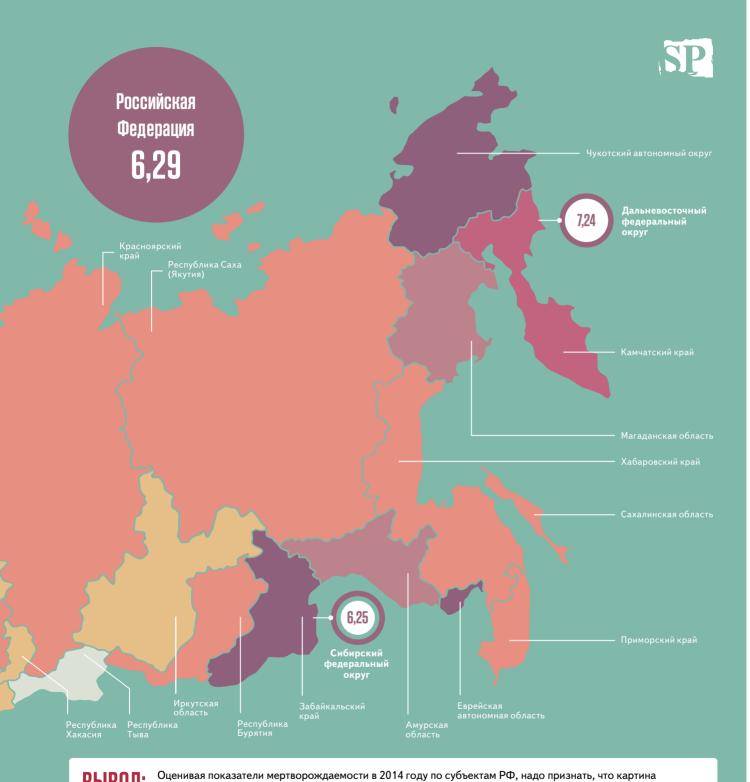
Однако проблема не только в выявлении группы риска по мертворождаемости. Где и как наблюдать таких пациенток, а главное, в каких условиях готовить к родоразрешению, как и когда родоразрешать? В случае ошибочного направления таких женщин в стационар I уровня, где необходимое круглосуточное наблюдение отсутствует и возможности экстренного родоразрешения ограниченны, риск потери плода остаётся максимальным, ведь даже в случае рождения тяжелобольной или глубоконедоношенный ребёнок не сможет получить нужной помощи в полном объёме.

Кстати, не все мертворождённые в этих учреждениях дети действительно рождаются в состоянии биологической смерти: иногда их просто некому реанимировать, а оформить такого ребёнка как погибшего интранатально гораздо проще, чем объ-

### ПАЗЛ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ





вывод:

Оценивая показатели мертворождаемости в 2014 году по субъектам РФ, надо признать, что картина неоднородна. Показатели мертворождаемости по федеральным округам различаются в 1,3 раза, а по регионам — в 3,6 раза. Вряд ли такую разницу можно объяснить объективными причинами.

<sup>\*</sup> Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2015. 164 с

яснять потом неоказание помощи. В одном из федеральных округов мы обнаружили просто немыслимое соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности: на I уровне — 20:1, а на II — 10:1. В реальной практике такого быть не может! Ситуация на III уровне была более правдоподобной: 3:1, хотя правильными цифрами следует считать соотношение 2:1, как во всём мире.

Ошибки, приводящие к гибели плодов из второй группы, — когда мы знали о риске, но не сумели предотвратить, — чаще связаны с неправильной врачебной тактикой, при которой решение о родоразрешении запаздывает, что и влечёт трагический исход.

Когда мы сравниваем отечественную статистику мертворождаемости с развитыми странами, становится ясно, что как по диагностике, так и по маршрутизации мы отстаём от лидеров. Однако равномерно ли «отставание» или в нашей стране есть обнадёживающие регионы, которые должны выступать флагманами в борьбе с мертворождаемостью?

### Вы не туда попали

Если посмотреть на статистику мертворождаемости в субъектах РФ (2014), то картина очень неоднородна — от 3,79% в Тыве до 13,82% на Чукотке. Кроме того, в «неблагополучных» регионах этот показатель в стационарах I уровня превышает таковой в учреждениях III уровня.

Например, во Владимирской области при общем показателе мертворождаемости 7,86% (выше среднероссийского — 6,29% о) в стационарах I уровня она составила 16% о, а III — 11% о. В Еврейской автономной области аналогичная картина: общая мертворождаемость — 12,11% о, в стационарах I уровня — 13,8% о, II — 11,4% о $^{25}$ . И здесь дело не в том, что диагностические возможности учреждений I уровня отстают от крупных центров, главный вопрос — почему женщины из группы риска вообще оказались в этих организациях, а не в перинатальном центре?

При таких показателях можно говорить о дефектах в работе первичного звена акушерской помощи на этапе определения группы риска беременной либо о неполноценном обследовании на амбулаторном этапе. При грамотном отборе и маршрутизации беременные высокого риска должны концентрироваться в учреждениях III уровня (и перинатальных центрах) — и как раз в них статистика должна быть хуже, чем на I уровне (но, естественно, не выходить за рамки разумного). Подобную картину отмечают, например, в Воронежской области (общая мертворождаемость — 4,49%00, в учреждениях I уровня — 3,5%00, II — 4,5%00, III — 4,7%00) и в Кабардино-Балкарии (общая — 4,01%00, на I уровне — 2,6%00, на II — 1,6%00, на III — 5,7%00) <sup>25</sup>.

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинеко-логия, акушерство, бесплодный брак» №6 (35)



[ Балльная система не сложна в обращении, не требует финансовых вложений, временные затраты также незначительны — 5 мин за триместр. Главное досто-инство шкалы — возможность чёткой маршрутизации пациенток в зависимости от степени перинатального риска. ]

### не всякий дым нам сладок и приятен

Выбор контрацептивного метода у курящих женщин старшего репродуктивного возраста: что предпочесть?







**Авторы:** Светлана Владимировна **Юренева**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии НЦАГиП им. В.И. Кулакова; Ирина Дмитриевна **Ипастова**, канд. биол. наук, StatusPraesens (Москва); Офелия Андреевна **Беттихер**, StatusPraesens (Санкт-Петербург)

Лозунг «в здоровом теле — здоровый дух», к счастью, снова входит в моду: рациональное питание, скандинавская ходьба, велосипедные прогулки и утренние пробежки становятся всё более популярными. Впрочем, несмотря на эту позитивную тенденцию, довольно большая часть населения всё ещё находится в плену пагубных привычек. Так, недавний опрос, проведённый в 53 российских регионах в 2ф16 году (15фф респондентов), показал, что около трети (33%) наших соотечественников в возрасте «18+» обоих полов курят: каждый второй мужчина и, что не менее печально, каждая шестая женщина<sup>1</sup>.

Последний факт добавляет немало забот гинекологам: курящие пациентки, особенно старше 35 лет, имеют высокий риск тромботических осложнений, что делает неприемлемым назначение им некоторых гормональных контрацептивов. Что можно, а чего категорически нельзя курящим женщинам? Об этом — в настоящей статье.

- о результатам исследования, проведённого Фондом «Общественное мнение», выяснилось много любопытных фактов<sup>1</sup>.
- В нашей стране курят 16% женщин и ещё почти 12% россиянок побороли эту вредную привычку, а никогда не курили 72%.
- В отношении мужчин эти показатели распределились иначе: 53, 25 и 21% соответственно.
- Большинству респондентов (61%) нужно от 10 до 20 сигарет, а ещё 15% больше 20 сигарет в день. Только 24% опрошенных россиян выкуривают меньше 10 сигарет ежелневно.
- Треть (33%) курильщиков «дымят» в течение 6—15 лет, ещё около 30% 16—30 лет, приблизительно 18% 1—5 лет, остальные 15% более 30 лет.

[ При выкуривании женщиной «35+» до 15 сигарет приемлемость КОК, пластыря и влагалищного кольца относят к категории «3». Если же количество сигарет превышает 15, опасность приёма КОК возрастает. ]

В России женщины курят больше, чем в Финляндии, Швеции, Норвегии, Украине, Белоруссии, в Северной и Южной Америке, Австралии, Азии и Африке, однако меньше, чем в большинстве стран Европы. Нужно ли это учитывать акушеру-гинекологу?

### Чего нельзя курящим женщинам?

При подборе способа предупреждения нежеланной беременности главным ориентиром для клинициста служат «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции», обновлённые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году<sup>2</sup>. В соответствии с этим документом каждому виду противозачаточных средств присвоен один из четырёх уровней приемлемости:

- не существует никаких ограничений:
- преимущества от применения метода, как правило, перевешивают теоретический или доказанный риск;
- 3 теоретические или доказанные риски, как правило, перевешивают преимущества;
- применение сопряжено с неприемлемо высоким риском для здоровья.

В первых двух случаях метод может быть рекомендован для использования, в последних двух его применять нельзя.

Стоит отметить, что в соответствии с рекомендациями ВОЗ для курящей

женщины в возрасте 35 лет и старше практически все эстроген-гестагенные средства неприемлемы (табл. 1). В частности, при выкуривании такой пациенткой 90 15 сигарет ежедневно приемлемость комбинированных оральных контрацептивов (КОК), пластыря и влагалищного кольца оценена уровнем «3». Если же она выкуривает больше 15 сигарет в день, опасность приёма КОК стремительно возрастает до максимального уровня — эксперты ВОЗ обозначают этот риск критерием «4».

Это связано с тем, что такие препараты создают дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему — к той, которую обеспечивают курение и возраст сами по себе. Вот почему комбинированные гормональные контрацептивы могут стать «последней каплей» и спровоцировать жизненно опасные тромботические осложнения.

### Курение, возраст и КОК: недопустимая нагрузка!

Курение само по себе выступает мощным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, что продемонстрировано в многочисленных крупномасштабных исследованиях. Приведём некоторые выводы из них.

 Исследование ВОЗ «Курение и риск нефатального инфаркта миокарда в популящиях» (2004) показало, что у курящих в возрасте 35—39 лет ве-

- роятность такого инфаркта возрастает в 5,3 раза у женщин и в 4,9 у мужчин<sup>3</sup>.
- В 2010 году Международное исследование INTERSTROKE «Факторы риска ишемического и внутримозгового геморрагического инсульта в 22 странах» выявило, что курение увеличивает риск подобных инсультов в среднем в 2 раза⁴.
- Итальянское 5-летнее исследование «Курение и инфаркт миокарда у женщин» подтвердило, что риск подобной сосудистой катастрофы возрастает с количеством выкуренных сигарет: если менее 15 сигарет ежедневно более чем в 2 раза, 15—24 почти в 6 раз, 25 и более в 11 раз.

Главную роль в патогенезе сердечнососудистых болезней играют вредные химические соединения табачного дыма, инициирующие ряд патологических процессов<sup>5-7</sup>. Во-первых, вследствие повреждения эндотелия агрессивными химическими веществами прогрессируют атеросклеротические изменения. Вовторых, на фоне дисфункции эндотелия снижается высвобождение оксида азота, ингибирующего активацию тромбоцитов. Это ведёт к агрегации тромбоцитов и их аогезии к сосиоистой стенке. В-тоетьих. в плазме крови повышаются концентрации вазопрессина и окситоцина, оказывающих сосудосуживающее действие. Возникает спазм коронарных артерий. В-четвёртых, вероятны желудочковые аритмии: никотин индуцирует высвобождение катехоламинов, способствующих повышению артериального давления и ЧСС. В-пятых, нарушается синтез АТФ, что связано с тем, что химические вещества табачного дыма блокируют активность фермента, участвующего в этом процессе.

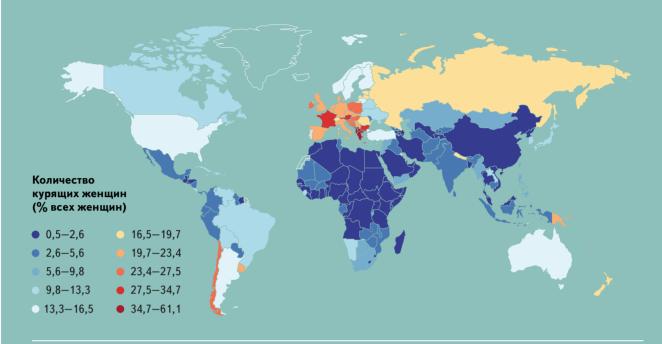
Кроме того, дополнительные риски связаны с возрастными изменениями, о чём красноречиво свидетельствуют исследования, касающиеся частоты заболеваний сердечно-сосудистой системы в различных возрастных группах. Например, это подтверждает популяционное исследование «Распространённость основных сердечно-сосудистых факторов риска и болезни коронарных сосудов сердца у греков» (2016): в 2014 году у женщин 20—39 лет не зарегистрировано ни одного случая инфаркта миокарда и ишемической болезни

Таблица 1. Критерии приемлемости эстроген-гестагенных контрацептивов и кирящих (ВОЗ, 2Ф15)<sup>2</sup>

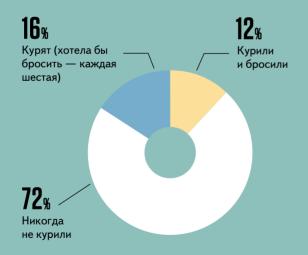
Возраст женщины	кок	Пластырь	Влагалищное кольцо	Инъекции
Моложе 35 лет	2	2	2	2
35 лет и старше:				
• менее 15 сигарет в день	3	3	3	2
• 15 сигарет в день и более	4	4	4	3

### КУРЕНИЕ: УЧИТЫВАЕМ ПРИ ВЫБОРЕ КОНТРАЦЕПЦИИ

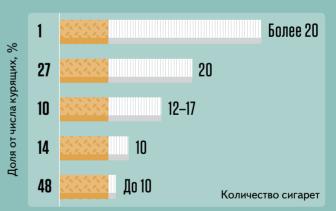
### РОССИЯ НА МИРОВОЙ КАРТЕ ЖЕНСКОГО КУРЕНИЯ\*



#### КУРИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС РОССИЯНОК\*\*



#### СКОЛЬКО СИГАРЕТ ЕЖЕДНЕВНО ВЫКУРИВАЮТ РОССИЯНКИ?\*\*\*



вывод:

При консультировании по контрацепции врачу следует учитывать, **что около 16% пациенток** (каждая шестая!) — курильщицы, более трети из которых выкуривают **более 12 сигарет в день.** 



<sup>\*</sup> Ng M., Freeman M.K., Fleming T.D. et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012 // JAMA. 2014. Vol. 311. № 2. P. 183–192. [PMID: 24399557].

<sup>\*\*</sup> По данным Фонда «Общественное мнение» за 2015 год. — URL:http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12483.

<sup>\*\*\*</sup> URL: http://www.nosmoking18.ru/statistika-kureniya-v-rossii.

**сероца**, у 40—49-летних их частота составила 0 и 0.5% соответственно, у 50—59-летних — 1 и 2%, у 60—69-летних — 6 и 9% и у тех, кто старше 70 лет, — 6 и 11%8.

По мнению авторов статьи «Венозный тромбоз у пожилых: распространённость, факторы и группы риска», в основе увеличения сердечно-сосудистых рисков с возрастом лежит множество причин<sup>9</sup>. Одна из них — ослабление общей мышечной силы, что негативно сказывается в том числе на насосной функции икроножных мышц, может приводить к застою крови и формированию тромбов в венах нижних конечностей. Второй возрастной особенностью служит эндотелиальная дисфункция вследствие атрофии мышечного слоя сосудистой стенки, увеличения количества коллагеновых волокон и снижения антикоагулянтных свойств эндотелия. Третьей характерной чертой выступает развитие венозной недостаточности на фоне возрастных изменений створок венозных клапанов, что впоследствии может привести к стазу и повышению дистального венозного давления<sup>9</sup>.

Учитывая нарастающий риск заболеваний сердечно-сосудистой системы у курящих женщин после 35 лет, очевидно, что дополнительные воздействия эстроген-гестагенных средств, оказывающих самостоятельное негативное влияние на риск тромботических осложнений, могут привести к фатальным последствиям, и это чётко доказано.

Кокрейновский систематический обзор «КОК: венозные тромбозы» (2014): пользовательницы КОК имеют

- в среднем в 3,5 раза более высокий риск тромбоза глубоких вен и эмболии лёгочной артерии, чем в популяции в целом. В цитируемом обзоре показано, что наибольшая опасность ассоциирована с приёмом КОК с более высокой дозой этинилэстрадиола. В то же время КОК с 30—35 мкг этинилэстрадиола в сочетании с гестоденом, дезогестрелом, ципротерона ацетатом или дроспиреноном повышают риск тромбозов на 50—80% сильнее, чем КОК с левоноргестрелом<sup>10</sup>.
- Кокрейновский систематический обзор «КОК: риск инфаркта миокарда и ишемического инсульта» (2015): у пользовательниц КОК риск этих состояний повышен в 1,6 раза. Максимально высокая опасность связана с дозой эстрогена более 50 мкг, при этом тип прогестагена на риск влияет незначительно<sup>11</sup>.
- Систематический обзор «Комбинированные гормональные контрацептивы не для перорального использования и тромбоэмболизм» (2016): данные о том, что пластырь или влагалищное кольцо повышают вероятность венозных тромбоэмболий сильнее, чем КОК, противоречивы. Использование пластыря не повышает риск артериальной тромбоэмболии<sup>12</sup>.

… Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинеко-логия, акушерство, бесплодный брак» № (35)



[ Учитывая высокий риск заболеваний сердечно-сосудистой системы у курящих женщин после 35 лет, очевидно, что дополнительные воздействия эстроген-гестагенных средств, оказывающих самостоятельное негативное влияние на вероятность тромботических осложнений, могут привести к фатальным последствиям.]