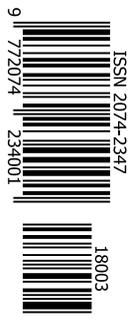


Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#3 [47] 06 / 2018 / StatusPraesens

тема №1 Акушерские осложнения — предотвратимы!



ВОЗ против агрессии: что на самом деле нужно и не нужно делать в родах • Нормальное АД у беременной: всё индивидуально
• Генитальные микоплазмы и *M. genitalium*: прекратить путаницу! • Вагинальные инфекции: постулаты Коха в прошлом •
Хронический эндометрит сменил «чимдж»: ищем новые решения • Вагинальный эпителий и нарушение биоценоза: лечить
одновременно • Эндометриоз: избыточная увлечённость хирургией как анахронизм • Случай из практики: кесарево сечение
при внезапной остановке сердца — выжили все!



Уважаемые коллеги!

За многие столетия акушерство прошло несколько этапов в своём развитии — от стихийного до **научно обоснованного**. Несомненно, главные его особенности в XXI веке — гуманизация и междисциплинарность.

Гуманизация — веление времени. Прошли те времена, когда акушерские стационары напоминали по своей «закрытости» учреждения пенитенциарной системы, оправдываясь требованиями инфекционной безопасности. Но, как говорил английский богослов XVII столетия Джордж Герберт, «ад полон добрыми намерениями...». Сейчас пришло понимание, что беременность и роды — это **дело семьи**, а «современные» перинатальные технологии — неотъемлемая часть акушерства. Родильные стационары «открылись»: никого уже не удивляют роды **в присутствии партнёра** и в обстановке, приближенной к домашней.

К сожалению, утвердившиеся в XX веке каноны родового акта **упростили подходы** к оказанию акушерской помощи: **время стало определяющим** критерием правильного течения родов. Теория регрессии (принятия среднего значения в качестве нормы) допустима в социологии, но не в таком интимном, индивидуальном процессе, как роды. Попробуйте найти два одинаковых анализа крови — не найдёте. Каждая женщина — это **отдельная вселенная** с её психологическими и физиологическими особенностями. Нет одинаковых женщин — **нет и одинаковых родов**.

Последствия регрессионного подхода уже загнали нас в тупик — частота кесарева сечения достигла **критических величин**. Чего же ждать дальше? 15 февраля 2018 года ВОЗ опубликовала новые рекомендации по установлению стандартов ухода за здоровыми беременными и сокращению ненужных медицинских вмешательств для получения **положительного опыта деторождения**. Каждые роды уникальны и прогрессируют с разной скоростью. Теперь вопрос состоит в том, **как перестроиться врачу**, привыкшему вести их «по часам».

Мультидисциплинарность — ещё одна сторона нашей работы. Из-за увеличения среднего возраста беременных изменилась и **структура осложнений** гестации. Экстрагенитальные заболевания, болезни репродуктивной системы, сахарный диабет, «безобразное» течение преэклампсии и т.д. — реальности современного родовспоможения, которое немислимо без **взаимодействия** со «смежными» специалистами.

Хотел бы напомнить известный афоризм: «Viam supervadet vadens» (**«Дорогу осилит идущий»**). А направление вы найдёте на страницах этого устремлённого в будущее журнала.

Проф. кафедры акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии Медицинского института
Российского университета дружбы народов,
докт. мед. наук **И.Н. Костин**

Status

гинекология акушерство

#3 [47]

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 Рагзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

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

Арт-директор: Лина Разгулина

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Быкова, канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева, Мария Викторовна Кириченко, Татьяна Алексеевна Николаева

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

Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Быкова, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Ирина Ипастова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Олег Лищук, Юлия Якименко, Кристина Касабова, Сергей Дьяконов, Валерия Строгонова

Препресс-директор: Наталья Лёвкина

Выпускающий редактор: Марина Зайкова

Вёрстка: Юлия Скучоткина, Галина Калинина, Дмитрий Амплеев

Инфографика: Лина Разгулина, Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Альфия Сидельникова, Елена Шиббаева, Макс Горобец

Корректоры: Елена Соседова, Анастасия Валентей, Лена Кулачикова

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

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

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» 105082, Москва, (Спартаквский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» 105082, Москва, (Спартаквский 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 №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 6 июля 2018 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (Спартаквский 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: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шоссе́нная, д. 40 / Приланные 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 ссылки на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Елена Шиббаева. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, Фотобанк Лори, ТАСС фото, Фотодженика.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

raeesens

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)
Айламазян Эдуард Карпович (С.-Петербург)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Бахалова Наталья Васильевна (Калининград)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Бурдули Георгий Михайлович (Москва)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Газазян Марина Григорьевна (Курск)
Галина Татьяна Владимировна (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Григорьева Елена Евгеньевна (Барнаул)
Гридчик Александр Леонидович (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Доброхотова Юлия Эдуардовна (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каминский Вячеслав Владимирович (Киев, Украина)
Карпенко Сергей Николаевич (Брянск)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кузлавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Милованов Андрей Петрович (Москва)

Новиков Борис Николаевич (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пекарев Олег Григорьевич (Новосибирск)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Подзолкова Наталия Михайловна (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Протопопова Наталья Владимировна (Иркутск)
Рыжков Валерий Владимирович (Ставрополь)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серов Владимир Николаевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Москва)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Тотчиев Георгий Феликсович (Москва)
Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск)
Туманова Валентина Алексеевна (Москва)
Уварова Елена Витальевна (Москва)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Фролова Ольга Григорьевна (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси, Грузия)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Шварёв Евгений Григорьевич (Астрахань)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Очевидная неизбежность невероятного

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
об относительности любых истин

12

НОВОСТИ

15

КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ

Что с ВОЗа упало?

Обзор новых рекомендаций ВОЗ
Князев С.А.

31

УГОЛОК ЮРИСТА

Штирлиц идёт по коридору...

Интервью с доц. кафедры судебной медицины и медицинского права
МГМСУ им. А.И. Евдокимова Иваном Олеговичем Печереем
Иванов А.В.

Медицинских работников нужно готовить к проверкам, которые могут произойти в любое время. От того, как врачи и медсёстры ведут себя при общении с сотрудниками правоохранительных органов, зависит очень многое. Вроде бы всем известны прописные истины — что нужно отвечать коротко и чётко, не выходить за пределы своей компетенции, оперировать только конкретными фактами и избегать предположений, — но на практике бывает по-другому.

39

VIA SCIENTIARUM



Эндометриоз: либерализация лечебных парадигм

Эндометриоз: оптимизация лечебных стратегий в свете новых данных
Тапильская Н.И., Маклецова С.А., Дьяконов С.А.

Сегодня мы наблюдаем смену парадигмы: к оперативному лечению стали относиться гораздо осторожнее и взвешеннее — ввиду специфических для эндометриоза проблем, в первую очередь снижения овариального резерва при вмешательствах на яичниках, а также частых рецидивов болезни после операции. К тому же любая операция — всегда риск, иногда смертельный: осложнения анестезии, спаянный процесс и т.д. В итоге хирургическое лечение при эндометриозной болезни сегодня перестали рассматривать как единственный эффективный метод.

46

Суть в деталях

«Весенние чтения»: познавать новое, совершенствовать знания,
перенимать опыт
Строгонова В.В., Мартынова М.А.

STATUS Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

51

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Вагинальный микробиом: перезагрузка представлений

Вагинальная микробиота, ассоциированная с аэробным вагинитом и бактериальным вагинозом: как сориентироваться в «микробном мире»?

Савичева А.М., Спасибова Е.В., Шипицына Е.В., Воробьёва Н.Е.,
Переверзева Н.А., Бриль Ю.А.

60

Динамика равновесия

Способы поддержания физиологического баланса вагинального биотопа

Роговская С.И., Ших Е.В., Рябинкина Т.С.



Баланс между состоянием вагинального эпителия и биоценозом динамичен и хрупок: если страдает один компонент — другой вряд ли останется интактным. В то же время в такой созависимости есть и положительный момент: восстанавливая одно, помогаешь и второму. Именно поэтому при использовании двухэтапных схем терапии вагинальных дисбиозов врачи отмечают улучшение состояния слизистой оболочки — по снижению (и невозвращению!) симптоматики, а усиливая регенерацию тканей, можно нормализовать вагинальный биотоп. Двухнаправленная терапия наиболее перспективна. К счастью, спектр возможностей достаточно широк, и акушер-гинекологу остаётся лишь применять нужное — со знанием дела!

69

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Неслучайные попутчики

Роль комменсалов при репродуктивных нарушениях

Хрянин А.А.

77

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

Берегись гипертонии!

Артериальная гипертензия у беременных: роль акушера-гинеколога

Соловьёва А.В.

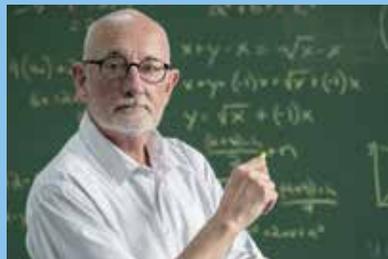
87

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Новые грани старой проблемы

Хронический эндометрит: новости патогенеза и терапевтические возможности

Евсеев А.А.



Открытие инфламмасом как ведущих агентов хронизации воспаления при атеросклерозе, сахарном диабете, ревматоидном артрите, ожирении, болезни Крона и т.д. позволило объяснить, почему антибиотики зачастую не могут ликвидировать патологический процесс и воспаление продолжается. Чтобы остановить этот каскад, необходимо принудить клетки дезинтегрировать «неразобранные» белковые комплексы. Препараты, способные это сделать, уже существуют.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

92

Счастье в балансе!

Мнения экспертов о женском здоровье

Мартынова М.А.

Выживаемость бактериальных плёнок лактофлоры и рН влагалищной среды взаимобусловлены. Лактобактерии способствуют снижению рН до 4,5, что оптимально для их выживания как по отдельности, так и в составе биоплёнок. Разрушение плёнки повышает риск бактериального вагиноза и воспаления.

99

РОДЗАЛ

Руками не трогать!

Разрыв матки: уходим от рутинных процедур, развиваем безопасный подход

Кузнецов П.А., Князев С.А.

107

CONTRA-VERSION

Никогда не говори «никогда»

Внимание к деталям: оцениваем доказательную базу эффективности дипиридамола

Ипастова И.Д., Маклецова С.А.



В обзоре 2017 года «Гистопатологические особенности плаценты, ассоциированные с преэклампсией» (Великобритания) было установлено, что у беременных с преэклампсией по сравнению с женщинами без этого гестационного осложнения распространённость сосудистых поражений плаценты (в первую очередь микротромбозов и микроинфарктов ворсин) оказалась в 7 раз выше. Целесообразность антиагрегантного воздействия в группе риска преэклампсии доказана более чем убедительно: сокращение вероятности осложнения, способного обусловить гибель женщины и плода, на 62% — очень веский аргумент.

115

CASUISTICA

Смертельный номер

Экстренное кесарево сечение на фоне остановки сердца беременной

Баутин А.Е., Мазурок В.А., Арам-Балык Н.В., Якубов А.В.,
Маричев А.О., Иртюга О.Б., Моисеева О.М., Ли О.А., Зазерская И.Е.

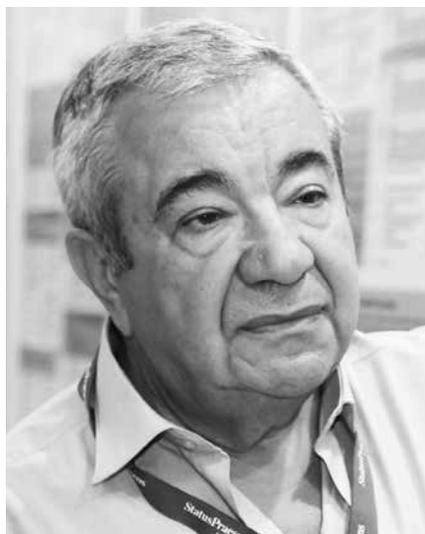
Внезапная остановка сердца у беременных — редкая, однако чрезвычайно сложная клиническая ситуация. И хотя общие принципы сердечно-лёгочной реанимации остаются неизменными, очевидные отличия в том, что при оказании экстренной помощи врач должен учитывать особенности состояния здоровья женщины, обусловленные гестацией, а также то, что фактически пациентов двое — мать и плод.

122

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

очевидная неизбежность невероятного

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
об относительности любых истин



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

Уважаемые коллеги! Глобальные вопросы волнуют практикующего акушера-гинеколога нечасто — наша работа предельно конкретна. А зря — принципиальные **изменения в системе координат**, исходя из которых мы выстраиваем свою тактику ведения пациенток, происходят всё чаще и чаще. Объём знаний увеличивается **экспоненциально**: чем больше их становится, тем быстрее они обновляются; интернет анонсирует научные достижения — истинные или мнимые — почти каждую неделю. Одна парадигма сменяет другую, в которую мы только что **успели поверить...**

Противоречия, вероятно, главный **двигатель прогресса**, а потому они неизбежны. С одной стороны, нам не обойтись без **единых подходов** к диагностике и лечению — даже при полном понимании, что любой консенсус достигается лишь **на какое-то время**. Классификаторы и унифицированные протоколы лечения, основанные на данных **evidence based medicine***, — безальтернативный вариант **избежать очевидных врачебных ошибок**. С другой стороны, каждая женщина уникальна, мало того — **уникальна** в конкретный момент времени... Но как совместить стандартизацию и персонифицированный подход на практике?

Пленум Российского общества акушеров-гинекологов, прошедший в конце июня в Ярославле, подтвердил: соблюдение **клинических рекомендаций** хотя и не панацея, но остаётся единственным способом обеспечить **безопасность** женщины при оказании медицинской помощи. **Ятрогения** — гораздо более масштабное явление, чем мы привыкли думать. Приведу свежий пример: 21 июня газеты «Гардиан» и «Нью-Йорк таймс» сообщили о гибели 456 пациентов госпиталя в Госпорте (графство Хэмпшир) из-за **необоснованных предписаний** обезболивающих препаратов, при том что всего было проанализировано 1500 летальных исходов**. Вдумайтесь — каждая третья смерть! И хотя в данном случае речь шла не о гинекологии, уместно вспомнить, что в 2010 году анализ 18 000 назначений, сделанных в Ливерпульском госпитале беременным, показал, что **58%** применённых лекарственных препаратов **было противопоказано**

* Медицина, основанная на доказательствах.

** URL: <https://www.nytimes.com/2018/06/20/world/europe/uk-hospital-deaths.html>, URL: <https://www.theguardian.com/society/2018/jun/20/gosport-war-memorial-hospital-opioid-drugs-policy-inquiry>.

[Подбор антигипертензивных средств — дело терапевта, однако ревизия назначений пациенткам репродуктивного возраста на предмет противопоказаний в период гестации — обязанность гинеколога.]

в период гестации*. Вряд ли в нашей стране принципиально другая ситуация, поэтому переоценить важность протоколов лечения сложно. Но как это сочетается с персонифицированным подходом?

Нужно понимать, что клинические рекомендации — инструмент, в первую очередь «отсекающий» излишние, бесполезные и тем более вредные назначения. Собственно, поэтому такие документы и должны пересматриваться как минимум раз в 3 года, а то и чаще. Практикующий врач не может уследить за потоком новой информации, а уж тем более проанализировать её достоверность. Это отдельная большая работа, которая под силу лишь группам экспертов, представляющих разные специальности, — и трудная даже для них. Мы идём в этом направлении: есть прямое поручение президента, и Минздрав его выполняет. Значит ли это, что врач не должен читать ничего, кроме протоколов лечения? Разумеется, нет! Но их — обязательно. И не только читать — выполнять.



Одна из главных тем этого номера журнала — подробный разбор рекомендаций ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов. Этот документ, опубликованный в феврале 2018 года, называют «Декларацией прав и свобод рожениц и новорождённых», и, как любая декларация, он задаёт общие принципы, которыми должны руководствоваться врачи и акушерки. Отрадно видеть, что направление мысли экспертов ВОЗ совпадает с тем, о чём постоянно говорим и пишем мы: нужны гуманизация родов, максимально уважительное отношение к женщине, снижение акушерской агрес-

сии, отказ от назначений, польза которых никак не подтверждена или, напротив, вред которых доказан, несмотря на всю «традиционность». И здесь нет места для альтернативных мнений! Самостоятельность врача проявляется совсем в другом, например в понимании, что каждые роды идут со своей скоростью и не нужно подгонять их под жёсткие временные рамки.



Важнейший вопрос — сердечно-сосудистые заболевания как одна из основных причин материнской смертности. То, что борьба с болезнями системы кровообращения остаётся важнейшей задачей российского здравоохранения, — не новость. Однако традиционная точка зрения, что эти проблемы в основном возрастные, давно устарела: помимо «омоложения» инфарктов миокарда нужно принимать во внимание существенный рост частоты сосудистых мальформаций, выявление которых, как правило, становится диагностической находкой. Эти «мины замедленного действия» могут сработать в любой момент, и особенно при повышении артериального давления.

Артериальная гипертензия тоже «молодеет», и никто не знает почему. Очередной парадокс: простейший инструмент контроля — периодическое измерение артериального давления и постоянный приём препаратов при выявленной гипертонии — в рутинной практике используют совершенно недостаточно. И если в отношении беременных гинекологи проявляют настороженность (правда, не всегда понимая, что нельзя всех стричь под одну гребёнку и реагировать только на превышение показателя 140/90 мм рт.ст.), то измерять давление небеременным многие вообще считают излишним. Разделение специальностей достигло апогея...

Безусловно, детальное обследование и подбор антигипертензивных средств — дело терапевта или кар-

диолога. Однако ревизия назначений пациенткам репродуктивного возраста на предмет противопоказаний в период гестации — обязанность гинеколога! Если же речь идёт о беременной, то нелишне разобраться, есть ли показания для препаратов, влияющих на гемостаз. Особенно много спорных вопросов касается антиагрегантов — пользы и риска их применения, возможностей избежать необоснованного назначения низкомолекулярных гепаринов, не пропустив ситуации, когда они реально нужны.



Адекватная маршрутизация — тема, не теряющая своей актуальности: значительная часть неблагоприятных исходов связаны именно с тем, что женщина рожала не на том уровне, на котором нужно. Стоит вспомнить, что диспансеризация практически всех беременных — не только выполнение предписанных исследований, но и лечение — была несомненным достижением советской медицины, которое признавали во всём мире. Однако сегодня сложилась парадоксальная ситуация: после присоединения женских консультаций к многопрофильным больницам в поликлиниках, которые перешли на подушевое финансирование в системе ОМС (что не предполагает дополнительной оплаты диспансеризации), отказываются принимать беременных! Дескать, пусть они идут к узким специалистам своей больницы, а то другие пациенты не могут ни к кому попасть. В результате будущие матери не приходят вообще никуда...

Что за сегрегация? Беременные — не деклассированные элементы, они имеют точно такие же права получать всю необходимую помощь в поликлинике по месту жительства! Надо прекратить это безобразие!



Важнейшим инструментом наблюдения была и остаётся обменная карта. Однако она не менялась десятилетиями! Это серьёзное упущение — уже доказано, что балльная оценка перинатального риска позволяет улучшить исходы беременности и родов, а у нас нет даже графы, куда можно вписать сумму бал-

* Herring C., McManus A., Weeks A. Off-label prescribing during pregnancy in the UK: an analysis of 18,000 prescriptions in Liverpool Women's hospital // Int. J. Pharm. Pract. 2010. Vol. 18. №4. P. 226–229.

лов! Результат — плачевный: неверная тактика, неправильный выбор акушерского стационара, потери времени в приёмном покое — и часто это ведёт к фатальному исходу... Не слишком ли высокая плата за морально устаревшую форму документации?

Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины (МАРС) начала **обсуждение нового варианта** обменной карты и приглашает каждого из вас внести свои предложения, что в ней должно быть, а чего не должно.



Нарушения **биоценоза влагалища** — ещё одна «вечная» тема: вагинозы и вагиниты лидируют в перечне проблем, которые ежедневно решает каждый акушер-гинеколог на амбулаторном приёме. Как ни странно, вопросы микробиологии женской репродуктивной системы не просто сложны — **новейшие генетические исследования**, проводимые в рамках проекта «Микробиом человека», постоянно вносят **коррективы** во вполне устоявшиеся представления о том, как должно быть. Большинство российских гинекологов знает (я на это надеюсь), что **стерильных локусов в организме нет** — и пытаться добиться стерильности не только бесполезно, но и вредно. Теперь же пришла пора осознать ещё одну простую мысль: привычное деление микроорганизмов на друзей и врагов — **плод нашего воображения**.

На самом деле ничего необычного: **микробы не думают**, как бы нам помочь или, наоборот, навредить. Они просто живут и размножаются в подходящих для них условиях, гибнут в неподходящих и быстро мутируют, приспосабливаясь к некогда смертоносной среде. Однако выводы из этого тезиса могут быть небанальны. Например, что лечить вагиноз, пытаясь **истребить антибиотиком** всех возможных участников процесса, бесполезно. Что к антисеп-

тикам тоже может вырабатываться устойчивость. Что состояние **вагинального эпителия** напрямую связано с количеством лактофлоры.

Есть новости и про большое число палочек Додерляйна в качестве обязательного атрибута здоровой женщины. Оказалось, что это — как правило, но не всегда... С другой стороны, многие американские коллеги долгое время полагали, что второй этап антимикробной терапии — **готацию лактобактерий** — можно не проводить: дескать, их много в толстом кишечнике, откуда они легко переходят во влагалище без всякого нашего участия. Как выяснилось, тоже не всегда, для этого должны быть благоприятные условия.

Естественная миграция затруднена при ожирении, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, запорах, курении. Нужны **пробиотики!** И хотя некоторые эксперты относятся к ним со скепсисом, практика показывает — толк есть!



Фраза «**без необходимости руками не трогать!**» — из тех, которые должны приходиться на ум акушеру-гинекологу в первую очередь. **Передача инфекции** при мануальных медицинских вмешательствах остаётся мировой проблемой, хотя со времён И. Земмельвейса, впервые предположившего, что причиной смерти рожениц могут быть врачи, прошло больше столетия.

Помня о начале **постантибиотиковой эры** и скорости выработки бактериями лекарственной резистентности, можно предположить, что отказ от излишних вмешательств — лучший вариант соблюдения **асептики**. В статье о разрывах матки (а рост числа кесаревых сечений уже привёл к значительному увеличению количества беременных с рубцом) приведены убедительные данные о том, что рутинное ручное обследование стенок органа не просто неинформативно, но и **опасно**.



Дискуссионным вопросам связи бесплодия и эндометриоза был посвящён **экспертный совет** Российского общества акушеров-гинекологов, прошедший в конце июня. Важность этой темы подтверждает частота научных публикаций — они появляются почти еженедельно. Полгода назад мы выпустили книгу «**Бесплодный брак. Версии и контраверсии**», чуть ли не четверть которой посвящена проблеме реализации репродуктивных планов женщины с эндометриозом. Долгие годы мы полагали, что правильный подход: сначала — операция, а уж потом всё остальное. Но нет, **не всё так однозначно!** Систематический обзор 2018 года **не выявил значимых различий** ни в частоте наступления беременности, ни в частоте родов в результате ЭКО после дистэктомии и без лечения. Больше того, сделан вывод, что **элективные операции на яичниках нежелательны до того, как женщина родила ребёнка** (не говорю уже о гистерэктоми — это и так понятно). Привычный нам порядок действий — не всегда правильный! Получены новые данные и о методах лечения: **хирургия — не панацея**, часто нужна фармакотерапия; причём не всегда эти методы надо комбинировать. Всё **индивидуально!**



Рубрика, ставшая уже постоянной, посвящена **правовым аспектам** работы акушера-гинеколога — и вопросы, которые в ней приходится разбирать, становятся всё менее экзотическими. О ситуации, ставшей поводом для консультации юриста в этом номере, рассказала участница одной из конференций StatusPraesens: в ночь, когда в родах умер ребёнок, **в родильный дом пришёл следователь** — чтобы осмотреть «место преступления». Как должен вести себя дежурный врач, обязан ли он отдать медицинскую карту родильницы, и что делать, если позвонить по телефону не дают, — теперь эти **знания нельзя назвать лишними**.

И всё же будем оптимистами! Сообщество акушеров-гинекологов — большая сила, и мы умеем **находить ответы** на самые сложные вопросы. 

[**Элективные оперативные вмешательства на яичниках нежелательны (хотя и возможны) до реализации репродуктивных планов женщины. Привычный нам порядок действий — не всегда правильный!**]

что с ВОЗа упало?

Обзор новых рекомендаций ВОЗ



Автор: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, доц., StatusPraesens (Москва)

В феврале 2018 года вышли в свет **Рекомендации ВОЗ** по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и новорождённых¹. Эта публикация — **продолжение стратегии** по установлению глобальных стандартов оказания медицинской помощи здоровым беременным, направленной, с одной стороны, на обеспечение квалифицированной помощью всех женщин, с другой — на снижение числа **ненужных медицинских вмешательств**.

Годом ранее были изданы Рекомендации ВОЗ по оказанию родоводной помощи как средству формирования позитивного опыта беременности², однако даже те отечественные акушеры, которые с ними ознакомились, в большинстве случаев остались **равнодушными** — во всяком случае никакой широкой общественной дискуссии о внедрении их в российскую повседневную практику не произошло.

Передовые учёные называют новый документ «**Декларацией прав и свобод** рожениц и новорождённых», но насколько велика вероятность соблюдения её в полном объёме в российском родовспоможении?

Причин **пренебрежительного отношения** отечественного врачебного сообщества к рекомендациям международных организаций несколько. Кто-то просто не верит, что предложения, созданные на авеню Аппиа, дом 20, в швейцарской Женеве, возможно перенести в российскую глубинку, но большинство игнорирует эту информацию из чисто прагматических соображений — все документы ВОЗ, ЮНИСЕФ и т.п. де-факто не имеют никакой **правовой базы** для исполнения их на территории Российской Федерации, в отличие от приказов Минздрава, которые обязательны. Поэтому большинство докторов не просто предпочитают не забивать себе голову ненужными сведениями, но, более того, справедливо опасаются, что рекомендации ВОЗ могут **противоречить** действующим нормативным документам. Из-за этой коллизии, действуя «как

надо», в отличие от предписанного «как положено», можно спровоцировать в свой адрес обвинения в некачественном оказании помощи.

Приглашение к диалогу

Сразу хочется заметить, что рекомендации ВОЗ по ведению родов не требуют, чтобы их начали безоговорочно выполнять сразу же после прочтения, а предлагают в первую очередь **идеологию**, на основе которой должны быть разработаны национальные регламентирующие документы. Именно поэтому **целевая аудитория** необычайно разнообразна: от медсестёр и акушерок до научных работников и руководителей органов здравоохранения, предполагается даже привлечение непрофессиональных сооб-

ществ — всех, кто, по мнению авторов руководства, может принимать участие в создании национальных протоколов, а также обеспечить законодательную базу по их внедрению. Другой вопрос, будет ли указанная целевая аудитория привлечена к подготовке **отечественных рекомендаций** на самом деле и готовы ли законотворческие институты к ней прислушиваться.

Конечно, **гражданская активность**, если она вообще когда-то существовала в сфере здравоохранения, в последнее время заменяется гражданской пассивностью, совпадая с общим трендом российского общества. Однако проявление **инициативы** не запрещено, поэтому возможность для положительных изменений существует.

Ещё один принципиальный вопрос — насколько регламентированная современными **нормативными документами** российская акушерская реальность

отличается от предлагаемой ВОЗ перспективы, то есть сколько документов потребуется создать для воплощения этой стратегии в жизнь. Для этого надо проанализировать новые рекомендации и их соответствие действующим приказам и методическим письмам Минздрава России, а также отечественным клиническим протоколам.

Как написано в **преамбуле** обсуждаемого документа ВОЗ: «Руководящие принципы предназначены для применения в общепринятой практике ведения неосложнённых родов». Это сразу сужает круг обновляемых регламентов и особенно — клинических протоколов, поскольку большинство из них посвящены различным осложнениям, то есть тому, что выходит за понятие «нормальные роды». Основные нормативные акты, противоречие с которыми следует исключить, — приказы Минздрава России №572н от 1 ноября 2012 года³, №203н от 10 мая 2017 года⁴, СанПиН 2.1.3.2630–10⁵ и методическое письмо Минздрава России от 6 мая 2014 года №15–4/10/2–3185⁶.

В чём-то существующие отечественные документы **соответствуют** рекомендациям ВОЗ дословно, что не удивительно, поскольку, например, клинический протокол «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде» разрабатывался с учётом имевшихся на тот момент мировых публикаций, некоторые из которых в дальнейшем попали и в обсуждаемую публикацию.

Прописные ИСТИНЫ

Итак, приступим к анализу. Всего рекомендаций 56, все они приведены в оригинальном переводе на с. 24–27. Мы будем обсуждать их в том порядке, который был использован авторской группой.

Первые две рекомендации скорее даже не акушерские, а **общемедицинские**, которые соблюдать обязаны все: уважительно обращаться с пациентом, не причинять ему вреда, отвечать на вопросы доступным языком и т.д. Всё это **базис**, на котором строится медицинская помощь вообще, и если для какого-то уч-

[Простейшая ситуация, вызывающая ожесточённые баталии, — когда начинаются роды и сколько должна рожать женщина. Но существует ещё один «гордиев узел» акушерства — прелиминарный период.]

реждения это новость, то непонятно, как оно вообще работает.

Рекомендация №3 — **присутствие партнёра** на родах, — поддерживаемая Приказом №572н и методическим письмом №15–4/10/2–3185⁷, в настоящее время становится всё более распространённой. Однако администрация некоторых учреждений использует партнёрские роды как средство навязывания дополнительных платных услуг. В этом случае происходит прямое нарушение закона, и Минздрав России указывает на это: «Обращаем внимание, что в соответствии с п.п. 12, 13 ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федерального закона от 29 декабря 2006 года №258-ФЗ) и ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации от 29 декабря 1995 года №223-ФЗ присутствие отца ребёнка на родах как законного представителя должно осуществляться **без взимания платы**».

Следующее предложение (№4), чтобы роды вела **знакомая акушерка** или та же, что и наблюдала беременность, выполнить можно разве что в учреждении I уровня, где она единственная. В случае большого потока рожениц претворить в жизнь это пожелание сложно, и дело даже не в том, что частная практика акушеров в нашей стране развита слабо. Роды — процесс в большинстве случаев спонтанный, и заранее спланировать загрузку медперсонала невозможно. Поэтому либо поток пациенток будет минимален, что приведёт к удорожанию услуги, либо всегда будет существовать риск одновременного начала родов сразу у нескольких женщин — кто-то останется обманутым. Организационные трудности вынуждают возвести это безусловно неплохое начинание в ранг «рекомендуемых в определённых ситуациях». В обсуждении данного предложения ВОЗ мы сознательно не упоминаем так называемых доул, поскольку эта форма «**чистой коммерции**», часто недобросовестной, которая в нашей

стране абсолютно не регулируется законодательно и не может быть рекомендована в существующем варианте.

Расширение границ дозволенного

Следующие 28 рекомендаций посвящены **первому периоду родов**, и некоторые из них несут в себе огромный положительный заряд, который при грамотном внедрении позволит избежать агрессивных вмешательств в естественный ход событий.

Простейшая ситуация, до сих пор вызывающая ожесточённые баталии, — когда начинаются роды и сколько по времени должна рожать женщина. Это не развязывает ещё один «гордиев узел» акушерства — пресловутый **прелиминарный период**, но хотя бы уберечь женщин от излишних вмешательств рекомендации №5–9 могут, поскольку в них раздвинуты рамки нормы — латентная фаза, например, продлена до 5 см открытия маточного зева и не регламентирована по времени. Здесь мы наблюдаем некоторое противоречие с методическим письмом Минздрава, указывающим другие критерии финала латентной фазы — «до 3–4 см». Отечественный протокол приводит и среднюю **скорость раскрытия маточного зева** — 0,35 см/ч, а также определяет среднюю продолжительность родов в 8–14 ч у первородящих и в 6–12 ч у повторнородящих. ВОЗ же только для латентной фазы отводит относительный предел (с оговоркой «обычно не превышает») — 12 ч при первых и 10 ч при повторных родах.

В целом весь этот блок рекомендаций направлен на **снижение врачебной активности** у здоровых рожениц, поэтому переход на предлагаемые критерии нам представляется целесообразным. В идеале роженица с предвестниками родов, как и в латентной фазе, должна

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ: КАДРЫ И РЕСУРСЫ



МОДЕЛЬ УХОДА В ИНТРАНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ*

Руководство ВОЗ 2018 года включает 56 рекомендаций, основанных на доказательствах.

Его основные принципы:

1

Роды должны быть индивидуализированными и учитывать интересы женщины

2

Не следует проводить никакие вмешательства без чётких медицинских показаний



3

Нужно предлагать только те вмешательства с доказанной пользой, которые служат точно определённой цели

4

Приобретение положительного опыта родов для матери, ребёнка и семьи должно быть в центре внимания медицинского персонала

ВЫВОД: Чтобы обеспечить **положительный опыт родов** для матери и ребёнка, рекомендации должны выполняться **во всей совокупности** доброжелательный, компетентный и мотивированный персонал при наличии необходимых материальных ресурсов.

* WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, 2018. 200 p. — URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.



© qinlan / Shutterstock.com

[Рекомендации №14 и 15 полностью соответствуют современным отечественным представлениям в отношении ненужности бриться промежности и рутинной постановки клизмы в приёмном отделении.]

находиться **вне родильного отделения**, что предлагает рекомендация №10, это позволяет максимально исключить ненужные вмешательства и отвлекает пациентку от болевых ощущений. Ещё раз уточним — рекомендации предназначены **для здоровых женщин**, с низкой степенью акушерского и перинатального риска.

Акушерские коллизии

Следующие рекомендации (№11 и 12) тоже направлены на снижение частоты **ненужных вмешательств** и предлагают не проводить рутинно измерение таза при поступлении и КТГ во время спонтанных родов. Однако в наших реалиях не выполнить эти процедуры невозможно — определять размеры таза требует методическое письмо Минздрава России от 6 мая 2014 года №15–4/10/2–3185 «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном

предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде»⁶, записывать КТГ даже при физиологических родах — Приказ №572н³ (без указания времени начала и длительности процедуры). А если женщина поступила с предвестниками родов, то Приказ №203н от 10 мая 2017 года упоминает КТГ при поступлении в стационар как один из критериев оценки качества помощи. Интересно, что по коду О80 (нормальные роды) этим же приказом допускается **альтернатива**: «Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода»⁴.

В отношении ненужности непрерывной КТГ в родах у рожениц низкого риска (рекомендация №17) вроде бы наблюдается согласие с клиническим протоколом: «Рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а следовательно, увеличивает ча-

стоту вмешательств, в том числе оперативных родов». Однако следующим пунктом рекомендовано проводить непрерывное КТГ при наличии показаний, среди которых есть такое, как «переносимая беременность (более 41 нед.)»⁶. Переносимая беременность — 294 дня (42 полные недели), но не выполнить указание, несмотря на его явную противоречивость, вряд ли кто решится, поэтому эту рекомендацию ВОЗ относим к условно выполнимым.

Периодическая аускультация сердцебиения плода «с помощью доплеровского УЗ-аппарата или стетоскопа Пинара» содержится в рекомендациях №13 (проведение процедуры при поступлении) и №18 (во время родов), отечественным нормативным документам они **не противоречат**, так же как и рекомендация №16: «Пальцевое вагинальное исследование с четырёхчасовым интервалом рекомендуется в качестве рутинного метода оценки состояния плода в активной фазе первого периода родов для женщин с низким риском осложнений». Российский протокол даже более **либерален**: «вагинальный осмотр проводится по показаниям, но не реже 1 раза в 6 ч (излитие околоплодных вод является дополнительным показанием к влагалищному исследованию)», что можно только приветствовать, поскольку наступление постантибиотиковой эры скоро превратит эту манипуляцию в стенах лечебного учреждения в столь же опасную, как и 150 лет назад — до соблюдения принципов асептики и антисептики.

Рекомендации №14 и 15 полностью соответствуют современным отечественным представлениям о **ненужности бриться промежности и рутинной постановки клизмы** в приёмном отделении — почти никаких расхождений с методическим письмом Минздрава и СанПиНом^{5,6}.

Сразу несколько рекомендаций (№19–23) посвящены **облегчению боли в родах**, как с помощью медикаментозных методов — эпидуральной анестезии, наркотических анальгетиков, так и с помощью немедикаментозных — техник релаксации, массажа, аппликаций и т.д. Все упомянутые пункты заканчиваются уточнением «с учётом предпочтений роженицы», что очень важно, поскольку подчёркивает идеологию **свободного выбора** того или иного метода **самой женщиной**, а не навязывание персоналом.

В некотором уточнении нуждается рекомендация №20, которую перевели с английского первоисточника дословно: «Парентеральное введение опиоидных анальгетиков, таких как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин». Из перечисленного только фентанил входит в «Список II» перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации⁸ (то есть оборот ограничен, но не запрещён), а вот диаморфин под названием «героин» и петидин отнесены в список наркотических средств, оборот которых в Российской Федерации запрещён, поэтому назначать их нельзя. Полный список препаратов, используемых в акушерской практике на территории Российской Федерации, изложен в третьем разделе Приказа Минздрава России от 6 ноября 2012 года №584н. Для обезболивания

лудочного содержимого в случае общего наркоза, в особенности интубационного.

В русской версии разбираемого документа стоит ссылка на Рекомендации ВОЗ по стимуляции родов (в оригинале — WHO recommendations for augmentation of labour), однако в русскоязычном разделе такой публикации нет, есть только Рекомендации ВОЗ по индукции родов, где данных о синдроме Мендельсона нет.

Английская версия WHO recommendations for augmentation of labour указывает, что приём пищи во время родов был признан целесообразным, поскольку он следует пожеланиям женщин, и безопасным, так как на 3000 наблюдений с различными видами анестезиологических пособий, в том числе и общего наркоза, синдром Мендельсона не отмечался¹. Однако сами авторы характеризуют рекомендацию как слабую, с низким качеством доказательств¹⁰.

[Анализ осложнений после кесарева сечения показал, что после обработки влажной салфеткой раствором хлоргексидина снижалась частота эндометритов, но не менялась частота инфицирования послеоперационной раны.]

родов из этого перечня подходят кеторолак, тримеперидин, фентанил, трамадол⁹, но, согласно клиническому протоколу, для выбора метода обезболивания роженицу консультирует анестезиолог.

Кормить нельзя
не кормить

По нашему мнению, наиболее спорной выглядит на первый взгляд безобидная рекомендация №24: «Женщинам с низким риском осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов». Что касается приёма жидкости, то это представляется логичным: роды — физический труд, во время которого роженица потеет, часто и глубоко дышит, в процессе укорочения шейки матки возможна рвота. Такая потеря жидкости становится неблагоприятным фактором.

С приёмом пищи ситуация несколько иная, связанная с риском аспирации же-

По авторитетному мнению проф. В.Е. Радзинского, синдром Мендельсона при эндотрахеальном наркозе встречается в 100 раз чаще, чем при регионарном обезболивании¹¹, стало быть, рекомендовать приём пищи во время родов без повышения вероятности интраоперационных осложнений можно лишь при наличии в учреждении хорошей анестезиологической службы, обеспечивающей тотальный переход на регионарное обезболивание при кесаревом сечении — исключить возможность оперативного вмешательства полностью нельзя даже у рожениц низкого риска.

ВОЗ против
акушерской агрессии

Самым антиагрессивным блоком по праву могут считаться восемь рекомендаций (№25–32). Первая из них — о поощрении активности в родах (в отечествен-

ной литературе чаще употребляют оборот «свободное поведение в родах») — поддерживается методическим письмом Минздрава, но с небольшими оговорками: «При излитии околоплодных вод при неприжатой головке рекомендуется положение на боку»⁶.

Следующая рекомендация (№26) отрицает рутинное промывание влажной салфеткой раствором хлоргексидина для предотвращения летальных инфекций. Препятствий для её исполнения в отечественных родовспомогательных учреждениях нет, но в отношении самой рекомендации не всё просто. Она была основана на доказательствах среднего качества об отсутствии различий в инфекционной заболеваемости новорождённых, кроме заболеваемости гемолитическим стрептококком группы В. Относительно этого микроба исследование не выявило преимуществ обработки влажной салфеткой хлоргексидином, но представленные доказательства оказались очень низкого качества, поэтому в отношении гемолитического стрептококка статус рекомендации обозначен как «условный»¹².

К тому же не стоит воспринимать рекомендацию как свидетельство абсолютной бессмысленности вагинальных антисептиков в отношении патогенной влажной флоры. Например, анализ осложнений после кесарева сечения, проведённый американскими исследователями в 2017 году, показал, что после обработки влажной салфеткой раствором хлоргексидина снижалась частота эндометритов, но не менялась частота инфицирования послеоперационной раны¹³.

Отказ от рутинных ранних амниотомии и родостимуляции окситоцином (как по отдельности, так и в сочетании друг с другом) для ускорения родов полностью соответствует современному тренду на снижение акушерской агрессии в родблоке. Согласно отечественному клиническому протоколу, при неосложнённых родах (до 7 см открытия) показанием для амниотомии может быть только необходимость прямой ЭКГ плода или анализа КЩС плода. Однако ВОЗ указывает отдельным пунктом (рекомендация №30), что эпидуральная анестезия — не повод для рутинного назначения инфузии окситоцина. Внесение этого пункта в российские

[С целью укорочения длительности родов (при нормальном течении) не рекомендуется парентеральное введение жидкости — есть риск гипергидратации.]

протоколы позволило бы избежать большого числа необоснованных родостимуляций.

Незначительное расхождение есть в отношении спазмолитиков — пункт №31 не рекомендует их для стимуляции родовой деятельности*, в то же время в Приказе №584н атропина сульфат допущен к применению в акушерстве⁹, а Приказ №572н допускает его использование по коду О80 (самопроизвольные роды в затылочном предлежании)³, — назначение этого препарата находится в правовом поле. Вне российского закона при физиологических родах папаверина гидрохлорид (допустим только при пузырьном заносе); дротаверина гидрохлорид, любимая многими «но-шпа» (упоминается только при преждевременных родах, пузырьном заносе, внематочной беременности, различного вида абортгах и воспалении придатков); платифиллин (отсутствует во всех приказах). По вопросу безгранично применявшихся когда-то спазмолитиков отечественные рекомендации идут в ногу с мировыми, осталось только наладить контроль за их исполнением.

С целью укорочения длительности родов (при нормальном течении) также не рекомендуется парентеральное введение жидкости (рекомендация №32) — во-первых, доказанной эффективности этот метод не имеет, во-вторых, всегда существует риск гипергидратации. Помимо этого создаются неудобства для женщины: меньше возможности для свободного поведения и т.д. Вместо внутривенной инфузии растворов эксперты ВОЗ рекомендуют не ограничивать роженицу в питье — это целесообразно со всех сторон, от безопасности до экономической выгоды. Кстати, это несколько не противоречит российским приказам и рекомендациям.

Второй период: поддержка и выдержка

Для периода изгнания предложений меньше, и часть из них — логическое продолжение рекомендаций для первого периода: две (№34 и 35) — о поощрении подвижного поведения в родах и предпочтении вертикального положения — следуют из рекомендации №25. Однако при эпидуральной анестезии технически это возможно при низкодозированной анестезии, другой вариант — обеспечивать женщине желаемое положение с помощью кровати-трансформера.

В оригинальной версии комментария к данным рекомендациям оговаривают, что «медицинский работник должен обеспечить адекватное наблюдение за состоянием ребёнка в вы-

бранной женщиной позиции. Если надо изменить положение, чтобы обеспечить адекватный мониторинг плода, необходимо доступно объяснить это женщине»¹⁰. Эта ремарка, отсутствующая в русской, сокращённой версии, очень важна, поскольку, согласно методическому письму Минздрава, во втором периоде необходимо проводить документированный мониторинг сердечной деятельности плода⁶.

Что касается определения второго периода как времени «от полного раскрытия шейки матки до рождения ребёнка», так и его продолжительности: «при первых родах он обычно длится не более 3 часов, а при повторных — не более 2 часов» (рекомендация №33), тексты российских и мировых документов идентичны.

Полное самоуправление

Небольшие различия есть в рекомендациях относительно участия медицинского персонала в управлении периодом изгнания. Отечественный протокол указывает, что «роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (приём Вальсальвы)». То есть избегать управления надо, но только по одному приёму. Рекомендация ВОЗ №36 предлагает более радикальное решение: задача персонала — поддерживать и поощрять роженицу, а потуги должны быть естественными, то есть управляет ими сама женщина.

Аналога пункта №37 о том, что «если женщина получила эпидуральную анестезию во втором периоде родов, рекомендуется отсрочить натуживание на один-два часа после полного раскрытия цервикального канала до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий», в отечественных протоколах нет, но и противоречий с регламентами ведения неосложнённых родов нет. Как уже упоминалось, на второй период отводится 2–3 ч, то есть уложиться в предлагаемый предел можно, главное — проявлять выдержку и спокойствие. Увеличивать период выжидания ВОЗ не рекомендует, мотивируя это повышением риска гипоксии плода.

Достаточно демократична позиция ВОЗ в отношении приёмов по защите промежности (рекомендация №38), разрешаются любые техники, которые предпочитает женщина, — массаж промежности, тёплые компрессы и ручное пособие по защите промежности, что не противоречит методическим указаниям Минздрава, где приёмы по защите промежности не упоминаются вовсе. Приказ №572н в объёме лечебных мероприятий по коду О80 из этих манипуляций упоминает только «пособие в родах при головном предлежании» без конкретизации, в чём именно оно заключается³. Но запретов ни на одну из перечисленных техник, направленных на профилактику разрывов промежности, в Российской Федерации нет.

В отношении следующей рекомендации, отвергающей рутинную эпизиотомию, — полное согласие с российским протоколом, который также доказывает отсутствие её преимуществ. Однако дальше советов дело не пойдёт, поскольку в Приказе №572н роды объединены в одном разделе — коды

* Перевод англ. версии не совсем удачен. В оригинале for prevention of delay in labour, то есть «для предупреждения удлиннения [затягивания] родов».

О80.0 (самопроизвольные роды в затылочном предлежании) и О80.1 (самопроизвольные роды в ягодичном предлежании) — и объём лечебных мероприятий для них един³. Соседство для физиологических неосложнённых родов плохое, поскольку как эпизиотомии, так и перинеотомии узаконивают без всяких оговорок, с риском превратить их в рутинные вмешательства.

Особенно хочется выделить рекомендацию №40 «**Ручное давление на живот** с целью облегчения родов во втором периоде не рекомендуется», перекликающуюся с текстом методического письма Минздрава: «NB! Любые приёмы выдавливания плода (в т.ч. Кристеллера) не проводить!» Это прекрасно, поскольку и тот, и другой документы предназначены, ещё раз напомним, для нормальных родов (ВОЗ — «Руководящие принципы предназначены для применения в общепринятой практике ведения неосложнённых родов»; Минздрав — «роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребёнок родился спонтанно в затылочном предлежании») и применение вообще любых приёмов не должно иметь места в принципе. Появилась **надежда** (хотя она и достаточно призрачна), что это начало пути по избавлению от «силового акушерства»...

Нюансы третьего периода родов

Для **третьего периода родов** ВОЗ подготовила шесть рекомендаций, почти все из них, частично или полностью, существуют в отечественных приказах и протоколах, но некоторые нюансы требуют обсуждения. Пункты №41—43 предлагают для **профилактики послеродового кровотечения** вводить в третьем периоде всем женщинам 10 ЕД окситоцина или других утеротоников (эргометрина, метилэргометрина, фиксированных таблетированных комбинаций окситоцина и эргометрина) либо перорального мизопроста (600 мкг). Согласно действующим в нашей стране нормативным документам, необходимо сделать это в течение первой минуты после рождения плода, иначе будут на-

рушены критерии качества помощи⁴ и протокол Минздрава⁶.

Следующая рекомендация — «**отсроченное пережатие пуповины** (не раньше чем через одну минуту после рождения)» — в отечественном протоколе получает второй критерий: «но не позднее 10 мин после рождения ребёнка»⁶. При этом помощь будет признана качественной, если «выполнено пережатие пуповины новорождённого не ранее 60 сек и не позднее 3 мин от момента рождения»⁴. В принципе эти дополнения смысла, заложенного экспертами ВОЗ, не меняют.

Рекомендация про **контролируемые тракции пуповины** (№45) совпадает с отечественным протоколом. Следующим пунктом указано, что длительный массаж матки в качестве средства пре-

вится мягкой»⁵. Понятно, что **тщательный контроль за тонусом матки**, кстати, представленный в рекомендациях ВОЗ отдельным пунктом (№52), не имеет ничего общего с «длительным массажем».

В рекомендациях ВОЗ также отсутствует указанный в российских документах максимальный интервал для послеродового периода — 30 мин⁶, более того, критерии оценки качества использования формулировку «Выполнено выделение последа не позднее 30 мин от момента рождения ребёнка»⁴, не делая различий для самостоятельного процесса или выполненного рукой акушера. Для соблюдения этого критерия необходимо начинать ручное отделение до истечения 30 мин, иначе получается нарушение приказа.



© max Topfili / Shutterstock.com

дотвращения послеродового кровотечения после введения окситоцина не рекомендован. В российских протоколах этого положения нет, акценты расставлены лишь на тщательном контроле за тонусом матки: «оценивайте тонус матки каждые 15 мин в течение первых 2 ч послеродового периода»⁶ и «оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (стано-

После родов: полный контакт

Рекомендации, касающиеся **новорождённых**: о нецелесообразности рутинного применения назальных и оральных отсосов при нормальных задних водах и самостоятельном дыхании, раннем прикладывании к груди и контакте «кожа к коже» абсолютно не противоречат отечественному протоколу, так же как и требования о совместном пребывании.

Существуют нюансы относительно профилактики геморрагической болезни новорождённого. Рекомендация №50 категорична: «все новорождённые должны получить 1 мг витамина К внутримышечно», однако в российских документах ситуация не так однозначна. Протокол по ведению физиологических родов не содержит никаких указаний по этому вопросу⁶, клинические рекомендации по диагностике и лечению геморрагической болезни рекомендуют для профилактики «1% раствор викасола в/м однократно из расчёта 0,1 мл/кг в течение первых 24 ч жизни», но только у новорождённых группы риска¹⁴.

[Большинство предложений ВОЗ не требует внесения изменений в действующие протоколы. Кроме того, некоторые рекомендации вошли в перечень критериев качества оказания помощи или в Приказ №572н.]

В клинических рекомендациях «Базовая медицинская помощь новорождённому в родильном зале и послеродовом отделении», выпущенных Ассоциацией неонатологов, про профилактику геморрагической болезни также нет информации¹⁵, однако в изданных той же ассоциацией рекомендациях под названием «Диагностика и лечение геморрагической болезни новорождённых» «для профилактики витамин-К-дефицитного геморрагического синдрома рекомендуется внутримышечное введение 1% раствора менадиона натрия бисульфита»¹⁶ (правда, не указано, кому из новорождённых вводить — всем или только входящим в группу риска). Соответствующая редакция действующего протокола по ведению физиологических родов могла бы исправить эту путаницу.

Незначительные различия можно отметить в отношении купания новорождённого. Протокол ВОЗ предлагает: «Купание должно быть отсрочено на 24 ч после родов. Если это невозможно по культурным причинам, его необходимо отложить по крайней мере на шесть часов», а отечественный говорит лишь о том, что «обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется»⁶.

Пять последних рекомендаций относятся к ведению послеродового периода, половина из которых направлены на снижение бесконтрольного рутинного назначения антибиотиков после неосложнённых родов, в том числе и после эпизиотомии. Здесь полная тождественность, более того, в Приказе №572н по коду О80 эти препараты не упомянуты, и их применение можно считать нарушением действующего нормативного документа.

Объём мероприятий в течение **первых суток** практически одинаков в обоих документах, единственный нюанс — по российскому протоколу артериальное давление измеряется 2 раза в сутки,

ВОЗ рекомендует определять его сразу после родов и затем при нормальных показателях — через 6 ч. Также международный протокол требует следить за диурезом в течение 6 ч после родов.

Последняя рекомендация, что здоровые женщины и новорождённые должны получать уход в медицинском учреждении в течение хотя бы 24 ч после неосложнённых естественных родов, направлена на обеспечение минимальной доступности медицинской помощи для всех групп населения. В Российской Федерации этот этап был пройден ещё в середине прошлого века. Современный отечественный протокол оперирует другими критериями: «Время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях — 5 сут. Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре — 3 сут»⁶. Так же трактуется понятие «ранняя выписка» и действующий СанПиН: «С эпидемиологических позиций оправдана **ранняя выписка** на 3–4-е сутки после родов»⁵.

Однако можно надеяться, что в крупных городах с круглосуточно доступной помощью на территории проживания этот период ещё уменьшится

до 1–2 сут, поскольку опыт многих стран (США, Великобритания) показывает безопасность сокращения пребывания в стационаре здоровой родильницы и новорождённого.



Итак, при анализе Рекомендаций ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и новорождённых каких-то непримиримых противоречий с действующими отечественными приказами и протоколами не нашлось — **единичные различия**, которые могут исчезнуть в последующих версиях отечественных документов, не меняют общей положительной тенденции к снижению медицинской активности при нормальных родах. ВОЗ предлагает замечательную идеологию — одинаковую для всех **доступность** качественной медицинской помощи, но не навязывание её, тем более агрессивное.

Физиологические роды должны протекать под надзором акушерки, а задача врача — убедиться в низком акушерском и перинатальном риске и оставаться в пределах доступности. **Перераспределение ресурсов**, как человеческих, так и материальных, позволит, с одной стороны, избежать ненужных вмешательств, с другой — повысить доступность специализированной помощи там, где это необходимо.

Большинство предложений ВОЗ не требует внесения изменений в действующие протоколы, более того, некоторые рекомендации вошли в перечень критериев качества оказания помощи или в Приказ №572н, то есть неследование им — нарушение законодательства. Поэтому никакой проблемы «своих» и «чужих» установок не существует, есть **желание или нежелание** следовать передовым идеям. Мы надеемся, что поможем разбудить желание позитивных перемен в душах не только администраторов, но и рядовых работников, так как они стоят на переднем крае акушерства и от их предпочтений зависит выбор решения в конкретной ситуации. **SP**

Библиографию см. на с. 122–126.

Общий список рекомендаций по уходу в интранатальный период для обеспечения положительного опыта родов

Период родовой деятельности и деторождения	Рекомендации	Категория рекомендаций
Уважительное отношение к роженице	1. Во время ухода рекомендуется уважительное отношение к женщине, сохраняющее её достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность, а также обеспечивающее защиту от причинения вреда и неправильного лечения, возможность информированного выбора и непрерывную поддержку в течение родов	Рекомендуется
Эффективное общение	2. Рекомендуется эффективное общение между роженицей и персоналом, осуществляющим уход за ней, с применением простых, культурно приемлемых правил	Рекомендуется
Присутствие партнёра по родам	3. Присутствие партнёра по родам рекомендуется для всех женщин	Рекомендуется
Непрерывность ухода	4. Уход под руководством знакомой акушерки или группы акушерок, которые ведут женщину во время беременности, родов и в послеродовой период, рекомендуется при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих программ ^a	Рекомендуется в определённых ситуациях
Первый период родов		
Определение латентной и активной фаз первого периода родов	5. Рекомендуется применение указанных ниже определений латентной и активной фаз первого периода родов. <ul style="list-style-type: none"> • Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и переменными изменениями цервикального канала, включая некоторое сглаживание шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие цервикального канала до 5 см при первых и повторных родах. • Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием цервикального канала от 5 см до полного раскрытия при первых и повторных родах 	Рекомендуется
Продолжительность первого периода родов	6. Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность латентной фазы первого периода родов не является догмой и варьирует в широких пределах, однако её длительность (раскрытие цервикального канала от 5 см до полного раскрытия) обычно не превышает 12 часов при первых и 10 часов при повторных родах	Рекомендуется
Течение первого периода родов	7. Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей	Не рекомендуется
	8. Минимальная скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в активной фазе первого периода достигается не у всех женщин и не может являться критерием нормального течения родов. Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час) как изолированный признак не является показанием для оперативного вмешательства	Не рекомендуется
	9. Родовая деятельность может протекать медленно, пока цервикальный канал не раскроется на 5 см. Тем не менее, если состояние матери и плода приемлемо, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога	Не рекомендуется

Период родовой деятельности и деторождения	Рекомендации	Категория рекомендаций
Госпитализация в родильном отделении	10. Не рекомендуется откладывать госпитализацию здоровой беременной женщины, у которой родовая деятельность началась спонтанно, до активной фазы первого периода. Исключения составляют случаи участия в исследовательских программах	Рекомендуется только в контексте исследования
Измерение размеров таза при поступлении	11. Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется	Не рекомендуется
Рутинная оценка состояния плода при поступлении в родильное отделение	12. Не рекомендуется рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных женщин	Не рекомендуется
	13. Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с помощью доплеровского УЗ-аппарата или стетоскопа Пинара	Рекомендуется
Бритьё промежности и лобковой области	14. Не рекомендуется рутинное бритьё промежности и лобковой области при естественных родах ^a	Не рекомендуется
Клизма при поступлении	15. Клизма при поступлении для ускорения родовой деятельности не рекомендуется ^b	Не рекомендуется
Пальцевое вагинальное исследование	16. Пальцевое вагинальное исследование с четырёхчасовым интервалом рекомендуется в качестве рутинного метода оценки состояния плода в активной фазе первого периода родов для женщин с низким риском осложнений ^a	Рекомендуется
Непрерывная кардиотокография во время родов	17. Непрерывная кардиотокография для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин при естественных родах не рекомендуется	Не рекомендуется
Периодическая аускультация плода во время родов	18. Во время родов у здоровых беременных женщин рекомендуется периодически проводить аускультацию плода с помощью доплеровского УЗ-аппарата или стетоскопа Пинара	Рекомендуется
Эпидуральная анестезия	19. Эпидуральная анестезия рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учётом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Применение опиоидных анальгетиков	20. Парентеральное введение опиоидных анальгетиков, таких как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учётом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Техники релаксации для контроля болевого синдрома	21. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку и практику осознанности, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учётом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Мануальные приёмы для контроля болевого синдрома	22. Мануальные приёмы, такие как массаж или аппликация тёплых пакетов, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учётом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Облегчение боли для стимуляции родов	23. Облегчение боли для предотвращения замедления родовой деятельности и во избежание применения стимуляторов родов не рекомендуется ^b	Не рекомендуется
Пероральный приём жидкости и пищи	24. Женщинам с низким риском осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов ^b	Рекомендуется
Подвижность и положение роженицы	25. У женщин с низким риском осложнений необходимо поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов ^b	Рекомендуется

Период родовой деятельности и деторождения	Рекомендации	Категория рекомендаций
Промывание влагалища	26. Рутинное промывание влагалища раствором хлоргексидина во время родов с целью профилактики летальных инфекционных заболеваний не рекомендуется ^а	Не рекомендуется
Активное вмешательство в родовую деятельность	27. Активное медицинское вмешательство для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется ^б	Не рекомендуется
Рутинная амниотомия	28. Использование амниотомии как изолированного метода стимуляции родовой деятельности не рекомендуется ^б	Не рекомендуется
Раннее применение амниотомии и окситоцина	29. Раннее использование амниотомии в сочетании с ранним введением окситоцина для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется ^б	Не рекомендуется
Введение окситоцина после эпидуральной анестезии	30. Введение окситоцина для стимуляции родовой деятельности у женщин, получивших эпидуральную анестезию, не рекомендуется ^б	Не рекомендуется
Спазмолитики	31. Введение спазмолитиков для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется ^б	Не рекомендуется
Внутривенное введение жидкости для стимуляции родовой деятельности	32. Внутривенное введение жидкости для сокращения длительности родов не рекомендуется ^б	Не рекомендуется
Второй период родов		
Определение и длительность второго периода родов	33. Рекомендуется применение указанного ниже определения второго периода родов, а также его длительности. <ul style="list-style-type: none"> • Второй период — это время от полного раскрытия шейки матки до рождения ребёнка. Роженица испытывает потуги, обусловленные экспульсивными сокращениями матки. • Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность второго периода может быть разной. При первых родах он обычно длится не более 3 часов, а при повторных — не более 2 часов 	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, не получивших эпидуральную анестезию)	34. У женщин, у которых не применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учётом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)	35. У женщин, у которых применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учётом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Метод натуживания	36. Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц в естественном натуживании в период изгнания плода	Рекомендуется
Метод натуживания (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)	37. Если женщина получила эпидуральную анестезию во втором периоде родов, рекомендуется отсрочить натуживание на один-два часа после полного раскрытия цервикального канала до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий. Не рекомендуется продлевать этот период для профилактики перинатальной гипоксии плода	Рекомендуется в определённых ситуациях
Техники профилактики повреждений промежности	38. Для женщин во втором периоде родов рекомендуются техники, направленные на профилактику повреждения области промежности и облегчения деторождения, включая массаж промежности, тёплые компрессы и ручное пособие по защите промежности (с учётом предпочтений роженицы и доступных методов)	Рекомендуется

Период родовой деятельности и деторождения	Рекомендации	Категория рекомендаций
Эпизиотомия	39. Рутинное или свободное применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путём	Не рекомендуется
Давление на живот	40. Ручное давление на живот с целью облегчения родов во втором периоде не рекомендуется	Не рекомендуется
Третий период родов		
Профилактическое применение утеротоников	41. Применение утеротоников с целью профилактики послеродового кровотечения в третьем периоде родов рекомендуется во всех случаях ^а	Рекомендуется
	42. Окситоцин (10 МЕ в/м, в/в) рекомендуется для предотвращения послеродового кровотечения ^а	Рекомендуется
	43. Если окситоцин недоступен, рекомендуется применение других утеротоников (эргометрина, метилэргометрина или фиксированных таблетированных комбинаций окситоцина и эргометрина) либо перорального мизопростола (600 мкг) ^а	Рекомендуется
Отсроченное пережатие пуповины	44. В целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребёнка рекомендуется отсроченное пережатие пуповины (не раньше чем через одну минуту после рождения) ^б	Рекомендуется
Контролируемая тракция пуповины	45. При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется контролируемая тракция пуповины в третьем периоде при естественных родах, если медицинский работник и роженица считают важным небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение длительности третьего периода родов ^а	Рекомендуется
Массаж матки	46. Не рекомендуется длительный массаж матки в качестве средства предотвращения послеродового кровотечения у женщин, получивших с профилактической целью окситоцин ^а	Не рекомендуется
Уход за новорождённым		
Рутинное применение назальных и оральных отсосов	47. У младенцев, рождённых с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать, нет необходимости в рутинном применении назальных и оральных отсосов ^в	Не рекомендуется
Телесный контакт	48. Младенцы, родившиеся без осложнений, должны находиться в прямом телесном контакте с матерью в течение первого часа после рождения для профилактики гипотермии и стимуляции грудного вскармливания ^г	Рекомендуется
Грудное вскармливание	49. Все новорождённые, в том числе с дефицитом веса, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, должны прикладываться к груди как можно раньше, если их состояние стабильно, а мать и ребёнок готовы к кормлению ^д	Рекомендуется

Примечания. ^а Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения. ^б WHO guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes (Рекомендации ВОЗ по отсроченному пережатию пуповины в целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребёнка). ^в WHO Guidelines on basic newborn resuscitation (Рекомендации ВОЗ по базисной реанимации новорождённых). ^г WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations (Рекомендации ВОЗ по ведению общераспространённых состояний ребёнка: данные для обновления рекомендаций). ^д WHO recommendations on newborn health (Рекомендации ВОЗ по поддержанию здоровья новорождённых).

эндометриоз: либерализация лечебных парадигм

Эндометриоз: оптимизация лечебных стратегий в свете новых данных



Авторы: Наталья Игоревна **Тапильская**, докт. мед. наук, проф., ведущий научный сотрудник отделения ВРТ НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта; Светлана Александровна **Маклецова**, канд. мед. наук; Сергей Александрович **Дьяков**, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Самый известный клинический случай эндометриоза описан в мемуарах знаменитой английской писательницы Хилари Мэнтел (Hilary Mantel)* «Отдавая дух» (Giving up the ghost: a memoir)¹. С 19 лет Хилари страдала от тазовых болей, отдающих в обе ноги. Это происходило в 1970-е годы, и **диагноз поставлен не был**. В итоге Хилари лечили от **психического** заболевания, вот только диазепам вызвал у девушки желание поджигать дома, а антипсихотики — крайнюю непоседливость и ятрогенный психоз...

Верный диагноз будущей дважды лауреат Букеровской премии поставила себе сама по учебнику гинекологии, и в 27 лет ей провели **гистерэктомию**. Врачи заверяли Хилари, что лишившая её шанса на материнство операция решит все медицинские проблемы, однако **болезнь рецидивировала** и симптоматика возвращалась. «...Она [боль] украдала мою жизнь», — писала в мемуарах Мэнтел, и совершенно очевидно, что физические и психические переживания молодости окрасили в мрачные тона её воображение и творчество.

Заболеваемость эндометриозом (по не вполне очевидным причинам) неуклонно растёт, несмотря на ожидания стабилизации её уровня. Сегодня мы, по мнению мировых экспертов², наблюдаем своеобразную **эпидемию эндометриоза**, и такой масштаб переводит проблему из сугубо медицинских в разряд социальных**.

О беспрецедентной общественной значимости также свидетельствует, например, необычная публикация Ко-крейновского сообщества 2014 года³ — обзор 17 систематических обзоров (overview of Cochrane reviews), посвящённых методикам лечения болевого синдрома и бесплодия при эндометриозной болезни. Ещё одно подтверждение социального звучания заболева-

ния — **Глобальный консенсус по ведению больных эндометриозом 2013 года**⁴, к разработке которого были привлечены не только ведущие мировые специалисты, но и общественные организации пациенток (а их, как оказалось, немало).

Исторически сложилось так, что лечение эндометриоза почти целиком находилось в ведении **исключительно хирургов-гинекологов**, и пример писательницы Хилари Мэнтел — яркое тому доказа-

тельство. Кстати, в этом, безусловно, **есть огромный смысл** — тот же Глобальный консенсус 2013 года постулирует эффективность лапароскопического удаления очагов эндометриозной ткани в качестве **основополагающего** подхода к лечению болевого синдрома, и это же отражено во всех без исключения современных мировых клинических рекомендациях (по состоянию на февраль 2018 года⁵). Тем не менее при выполнении операций хирурги

* Хилари Мэри Мэнтел (Hilary Mary Mantel, род. 6 июля 1952 года, Великобритания) — британская писательница, литературный критик мирового уровня, дважды лауреат Букеровской премии (2009, 2012). Автор 14 книг. Самые известные произведения — романы о Томасе Кромвеле «Волчий зал» (2009) и «Внесите тела» (2012).

** Роль этого широко распространённого заболевания в развитии бесплодия подробно рассмотрена в книге «Бесплодный брак: верии и контраверсии» под редакцией члена-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинского, изданной в 2018 году⁶. В настоящее время к публикации готовится учебно-методическое пособие «Бесплодие и эндометриоз. Верии и контраверсии» под редакцией проф. М.Р. Оразова и члена-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинского.

обязаны стремиться к соблюдению баланса между органосохраняющим подходом и необходимостью удаления всех видимых очагов болезни, стараясь избежать постоянного и необратимого ухудшения качества жизни пациентки.

В противовес хирургическому приоритету изучение патогенеза болезни и последовавшее за этим развитие фармакологии внесли очень мощные коррективы, и сегодня мы видим совершенно очевидный тренд на **смену парадигмы**: к оперативному лечению стали относиться гораздо **осторожнее и взвешеннее** — ввиду специфических для эндометриоза проблем, в первую очередь снижения овариального резерва при вмешательствах на яичниках, а также частых рецидивов болезни после операции (у 40–50% пациенток в течение 5 лет⁷). К тому же любая операция — всегда риск: осложнения анестезии, спайочный процесс и т.д. В итоге хирургическое лечение при эндометриозной болезни сегодня перестали рассматривать как **единственный** эффективный метод.

[Иссечение эндометриом небольших размеров перед ВРТ не даёт клинических преимуществ и снижает овариальный резерв женщины.]

Таким образом, прежняя парадигма «эндометриоз → всегда операция, **иногда** в сочетании с фармакологией» преобразовалась в гораздо более либеральную «эндометриоз → хирургия, **всегда** в сочетании с фармакологией, а иногда **просто** фармакология без хирургии». Именно поэтому в некоторых клинических ситуациях думающие врачи признают целесообразность разрешённой Глобальным консенсусом 2013 года⁴ **эмпирической** консервативной терапии болевого синдрома и других проявлений болезни с минимизацией хирургических вмешательств.

О причинах и обоснованиях такой **либерализации лечебных стратегий** — настоящая публикация.

Эндометриомы: оперировать ли?

Случай Хилари Мэнтел крайне типичен в целом, но одно обстоятельство применительно к теме настоящей статьи особенно значимо — операция **не обеспечила** излечения пациентки.

Как уже было сказано выше, эндометриоз любой локализации рецидивирует после хирургического вмешательства **катастрофически часто**: в течение 5 лет у половины женщин⁷. Повторная операция оставляет ещё больше вопросов: облегчения болевого синдрома через 6 мес после повторного вмешательства добиваются значимо реже, чем после первого, — у 53% женщин по сравнению с 83%⁸. Вывод очевиден: повторной операции лучше избежать — противорецидивная фармакотерапия **обязательна по умолчанию**, что до сих пор явно далеко не всем практикующим специалистам.

Однако при эндометриозной болезни в некоторых ситуациях (не таких, кстати, редких) возможно **обойтись и без**

первой операции. Эндометриома яичника — наиболее частая форма болезни (около половины случаев), при которой и первая, и повторная операция нередко нарушает принцип «*Noli nocere!*». Как одно-, так и двустороннее иссечение эндометриоидных кист чревато **резким снижением овариального резерва**^{9,10}. Повторная цистэктомия ещё более травматична, а риски снижения запаса яйцеклеток и яичниковой недостаточности — значимо выше^{11,12}.

К сожалению, эндометриоз диктует нам свои суровые правила: чем моложе пациентка, тем рецидивы чаще. Если в возрасте 40–45 лет их частота за 5 лет достигает всего лишь 10%, то у 20–29-летних показатель значимо выше — 43%¹³. Следовательно, молодой возраст женщины — особый повод беспокоиться о сохранности её овариального резерва и целесообразности органокompromетирующей хирургии.

Элективные операции на яичниках **нежелательны** (хотя, безусловно, возможны), если женщина ещё не реализовала свою репродуктивную функцию, тем более что наличие эндометриомы в целом **не ухудшает** результаты ЭКО¹⁴. Систематический обзор и метаанализ 2018 года не выявил **значимых различий** в частоте наступления беременности и частоте родов при ЭКО/ИКСИ после цистэктомии и без лечения¹⁵.

При этом многолетняя дискуссия о целесообразности операций всё равно продолжается, однако в настоящее время основная плоскость разногласий между экспертами — конкретные **размеры** кисты, которую можно «оставить в покое». Сегодня уже твёрдо доказано^{16–19}: эндометриоидные кисты диаметром до 3 см перед протоколом ВРТ **оперировать точно не нужно** — по сравнению с тактикой консервативной терапии либо даже отсутствием лечения как такового операция не даёт никаких преимуществ. Риски отказа от хирургического вмешательства (трудности в наступлении беременности, вероятность инфицирования кисты) не перевешивают чашу весов¹⁶. Кстати, раздаются реплики и про нецелесообразность операции даже при больших размерах кист²⁰.

Таким образом, тактика иссечения эндометриом небольших размеров с целью улучшения исходов ВРТ доказала свою **бесполезность**; более того, оно отрицательно сказывается на овариальном резерве и последующем ответе на стимуляцию суперовуляции¹⁵, как, впрочем, операции при любом размере эндометриоидных кист яичников. Тем не менее, безусловно, следует сделать оговорку, которую при эндометриозе приходится признать ещё одним правилом (пусть и размывающим «доказательную ясность»): тактика при этом заболевании **всегда** должна быть индивидуальной.

Аденомиоз: новые проблемы нового общества

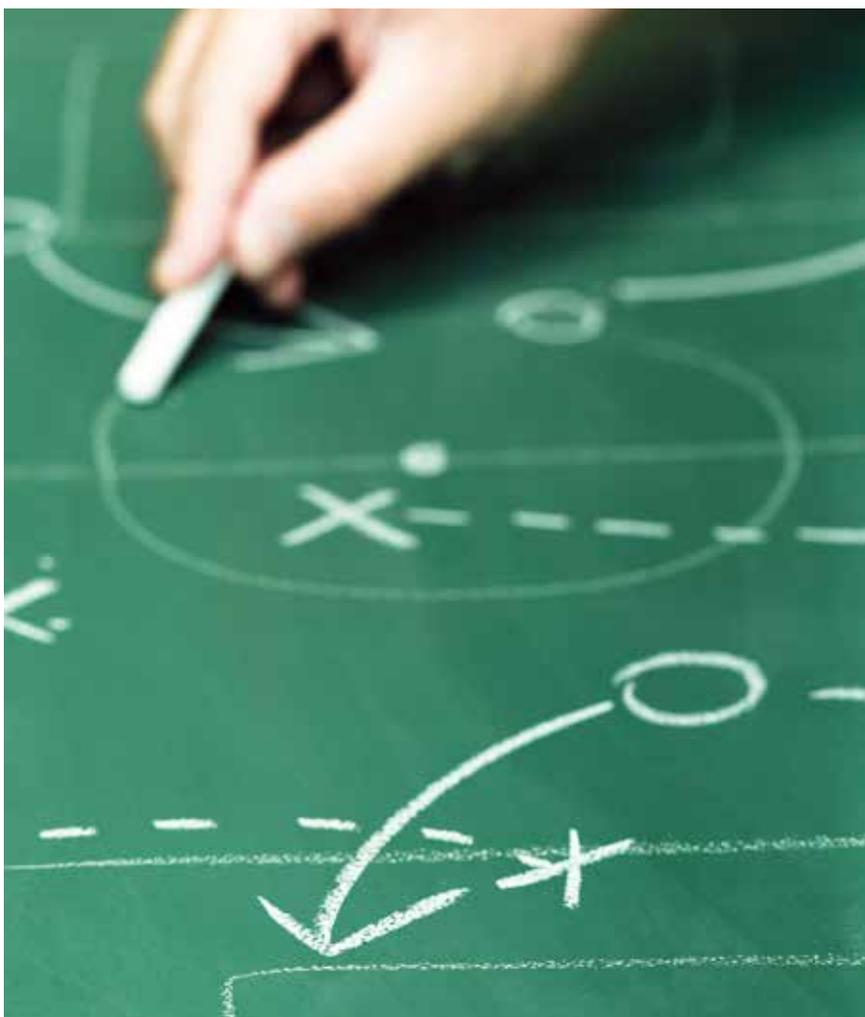
Любое оперативное лечение сопровождается рисками, и при эндометриозе, в том числе тяжёлом, многие из них также могут оказаться критичными для принятия решения о **целесообразности** хирургического вмешательства как такового. Действительно ли нужна операция? Можно ли без неё обойтись? Современный **думающий** клиницист просто обязан задавать эти вопросы — и получать на них ответы²¹.

Наиболее вдумчиво следует относиться к принятию решения о **гистерэктомии** (за что уже не раз упомянутая Хилари Мэнтел особенно корила врачей). И хотя иногда это действительно решает большинство проблем, подобную тактику «разрубания гордиева узла», до сих пор распространённую в среде радикально настроенных хирургов, нельзя считать оптимальной.

Пик заболеваемости аденомиозом приходится на возраст 40–50 лет, хотя в последнее время неинвазивные методы диагностики всё чаще позволяют обнаружить эндометриодные гетеротопии в миометрии **более молодых женщин**, в особенности из числа страдающих бесплодием и с эндометриозом других локализаций²². Гистерэктомия — **радикальный подход** к лечению этого заболевания, однако удаление матки даже у выполнивших свою репродуктивную функцию пациенток не всегда можно отнести к оптимальным решениям. Почему? Оно ликвидирует проблему обильных маточных кровотечений, но, во-первых, у 90% пациенток аденомиоз сочетается с распространённым эндометриозом²³, а во-вторых, после гистерэктомии при сохранении яичников эндометриодная болезнь симптоматически прогрессирует у 62% пациенток²⁴.

Ещё один недостаток гистерэктомии — крайне часто возникающие отдалённые последствия, особенно до естественного наступления менопаузы. Например, при удалении матки в возрасте 35 лет и менее **яичниковая недостаточность** развивается на 3,7 года раньше (95% ДИ 1,5–6 лет), чем у женщин с интактной маткой, даже при сохранении обоих яичников²⁵, то есть оперативное лечение приводит к **ятрогенному** формированию ранней менопаузы независимо от сохранности яичниковой ткани (при отсутствующей матке кровоснабжение яичников существенно страдает).

По той же причине значительно повышается частота долгосрочных рисков сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических расстройств: отношение рисков (ОР) для гиперлипидемии, артериальной гипертензии, ожирения, сердечной аритмии и ишемической болезни сердца колеблется от 1,13 до 1,33²⁶. Результаты крупного проспективного когортного исследования женщин с эндометриозом или без него после



© sodefish / Shutterstock.com

Хирургия аденомиоза: не только гистерэктомия

Альтернативой гистерэктомии при тяжёлом аденомиозе может стать лапароскопическая аденомиомэктомия — операция по методике японца Хисао Осады (Hisao Osada)²⁷. И хотя, по данным самого автора методики, у таких вмешательств есть свой риск — **разрыва матки** во время последующей беременности²⁸, — это соображение обычно не останавливает клиницистов, поскольку операция Хисао Осады даёт женщине с тяжелейшим аденомиозом редкий шанс на вынашивание в **собственной** матке.

Кстати, даже подобный «высший хирургический пилотаж» не отменяет правила **немедленного** назначения после хирургического вмешательства противоречивой фармакотерапии — без неё, согласно современным парадигмам, лечение эндометриодной болезни нельзя считать полноценным.

Операции по методике Хисао Осады уже получили распространение и в России. В частности, большой опыт накоплен у блестящего хирурга проф. В.Б. Цхая (Красноярск)*.

* Цхай В.Б., Макаренко Т.А., Кельберг В.Г. В авангарде оперативной гинекологии. Современные возможности органосохраняющих операций при распространённых формах аденомиоза. Первый опыт операции по методике Хисао Осады // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2013. №3 [14]. С. 9–13.



© 9nong / Shutterstock.com

[Болевой синдром при глубоком инфильтративном эндометриозе может парадоксальным образом усилиться после оперативного лечения за счёт нейропатического компонента и центральной сенситизации.]

гистерэктомии с сохранением яичников, проведённой в возрасте менее 35 лет, показали повышение в 2,5 раза риска ИБС²⁹. Гистерэктомия в возрасте моложе 50 лет увеличивает риск ССЗ (ОР 1,18; 95% ДИ 1,14–1,22)³⁰. Всё перечисленное — целый блок медицинских аргументов против гистерэктомии. Однако в принятии решения должна участвовать и сама пациентка.

Социальные изменения в репродуктивном планировании жизни, накладываясь на пик встречаемости аденомиоза, приводят к тому, что женщина всё чаще **настаивает на сохранении матки** и поиске органосохраняющих подходов к ведению болезни. При современной репродуктивной модели 40-летняя беременная — давно уже не редкость.

Таким образом, аденомиоз — ещё одна ситуация, помимо эндометриом, когда перед планированием оперативного

лечения следует тщательнейшим образом взвесить все «за» и «против». И последних скорее всего окажется больше.

Можно ли оправдать риски?

Итак, наиболее серьёзное возражение против хирургического лечения эндометриоза заключается в том, что операция на малом тазу при **любой** локализации эндометриоидных гетеротопий ухудшает шансы женщины **на достижение беременности** в результате ВРТ³¹; наличие репродуктивных планов — веская причина задуматься, не стоит ли ограничиться консервативной тактикой.

К тому же при инфильтративной форме заболевания после хирургического лечения **болевым синдромом** может па-

радоксальным образом усилиться — за счёт нейропатического компонента (после повреждения нервов при операции) и центральной сенситизации (снижается порог возбуждения ноцицептивных нейронов спинного мозга)^{32,33}.

Кроме того, при глубоком инфильтративном эндометриозе операции несут дополнительный риск травматизации тазовых органов, нервов и сосудов³⁴. Возможно, именно поэтому в настоящее время отсутствует консенсус по наилучшему подходу (шейвинг, дисковое удаление или сегментарная резекция кишечника) к оперативному лечению этой тяжёлой формы заболевания³⁵, в очередной раз подтверждая правило об **индивидуализации** лечебных подходов при обсуждаемой болезни.

Неоперабельный эндометриоз?

Либерализации лечебных стратегий при эндометриозе во многом помогло накопление успешного опыта по преодолению редких локализаций гетеротопий, в том числе когда оперативное лечение крайне затруднительно.

Органы малого таза — излюбленная мишень болезни (около 88% пациенток), однако гетеротопии могут возникать в самых **неожиданных местах**³⁶, причём нередко диагноз устанавливают уже после получения результатов патогистологического исследования удалённой ткани, как это происходит, например, в случаях эндометриомы печени³⁷.

Тем не менее иногда расположение гетеротопии не столь удачно и **крайне затрудняет или делает невозможным** даже биопсию ткани для гистологического подтверждения. При некоторых таких казуистических локализациях может быть эффективна медикаментозная терапия — и это остаётся **единственным** методом лечения подобных пациенток. В качестве примера подобной казуистики можно привести клинический случай эндометриоза носослезного канала у 13-летней девочки — она жаловалась на «кровавые слёзы»: кровянистые выделения из нижней слезной точки (входное отверстие слезного канала на нижнем веке), совпадающие по времени с менструациями (для тако-

го временного совпадения используют термин «катамениальный») ³⁸. К сожалению, далеко не всегда локализация гетеротопий столь «безобидна».

Совсем недавно, в 2018 году, был описан клинический случай пациентки 39 лет с эндометриозом, страдающей от катамениальной (напомним — совпадающей по времени с менструациями) **эпилепсии с галлюцинациями**. МРТ выявила ответственный за неврологическую симптоматику очаг гемосидероза в области бледного шара переднего мозга — эндометриоидную гетеротопию. Женщина получала терапию гестагенами без какого-либо облегчения симптоматики, после чего ей был назначен агонист ГнРГ на 12 мес. Наступила полная ремиссия, однако в связи с тяжёлым остеопорозом лечение было прекращено. Симптомы немедленно вернулись, и больной был назначен чистый диеногест. После 24 нед терапии у женщины не было отмечено ни одного эпизода эпилепсии; также купировались дисменорея и тазовая боль ³⁹.

При **торакальном эндометриозе** гетеротопии могут быть локализованы в плевре, паренхиме лёгкого и в воздухоносных путях ^{40,41}. Этой локализации свойственны такие симптомы, как катамениальные пневмо- (у 73% пациенток) и гемоторакс (14%), кровохарканье (7%), лёгочные узлы (6%) ⁴². Методы лечения этой формы заболевания во многом зависят от расположения очагов; применяют как медикаментозные, так и хирургические подходы; при этом операция показана **только** при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Катамениальный пневмоторакс эндометриоидной этиологии ввиду чрезвычайной опасности для жизни пациентки требует особого внимания: нужны **максимально** эффективное купирование симптомов и профилактика рецидивов. При этом очевидно, что главное — не допускать повторные оперативные вмешательства, поскольку женщина рискует развитием пневмоторакса в ежедневном режиме. И здесь чистый диеногест убедительно продемонстрировал свой потенциал: длительная терапия этим препаратом в дозе 2 мг/сут на протяжении 12 мес у пациентки с торакальным эндометриозом и катамениальным пневмотораксом эффективно обеспечила полную ремиссию ⁴³.

Итак, в очередной раз следует повторить «главное правило» эндометриоза: при любом хирургическом вмешательстве по его поводу нужна тщательная оценка рисков и преимуществ с **индивидуальным** подходом к пациентке ⁴⁴. Это позволит выбрать оптимальный способ оперативного лечения (с последующей противорецидивной терапией) либо вообще отказаться от него в пользу фармакологических воздействий.

Вместо хирургии?

Оперативное лечение эндометриоза при всей его выигрышности на коротких дистанциях очевидно проигрывает на длинных. Если не дополнить его противорецидивной фармакотерапией, вновь возникающие рецидивы (примерно у половины больных в течение 5 лет) сведут на нет все усилия врачей. При этом само решение о хирургическом вмешательстве следует взвешивать более чем тщательно — с учётом вполне легитимных в настоящее время альтернативных стратегий: медикаментозной терапии эндометриоза. Причём нередко — **вместо** хирургии.

К препаратам первой линии эмпирического лечения эндометриоза относят в том числе гестагены, и данные опубликованного в 2017 году исследования ука-

зывают на их высокую эффективность при долгосрочной терапии ⁴⁵. Наиболее перспективный из гестагенов — диеногест* — твёрдо доказал свою потенциальность в лечении основных проявлений эндометриоидной болезни (болевого синдрома и бесплодия) ^{46,47}, причём не только в качестве послеоперационной противорецидивной терапии ⁴⁸, но и в режиме «вместо операции» при эндометриозах яичников ⁴⁹ и аденомиозе ⁵⁰.

Особое внимание к диеногесту обусловлено беспрецедентно мощной доказательной базой его эффективности — в настоящее время это безусловный **фаворит** медикаментозной терапии проявлений эндометриоидной болезни. Он сочетает в себе эффекты производных **прогестерона и 19-нортестостерона**, позволяет подавить рост **эндометриоидной ткани**, предотвращая явления воспаления, клеточной пролиферации и неоангиогенеза. В образцах ткани матки, взятых после гистерэктомии по поводу аденомиоза у получавших диеногест женщин, обнаружены существенные **изменения гистологических характеристик**, включая снижение пролиферации клеток, экспрессии фактора роста нервов и плотности нервных волокон, что объясняет его **высокую эффективность** в лечении бо-

* Зарегистрирован в России под торговым наименованием «Визанна».

Подводные камни диагностики

Диагностика эндометриоза далеко не так проста, как могло бы показаться. Разнородность клинических проявлений и глубоко укоренившаяся в женской психологии готовность переносить болевой синдром, ассоциированный с менструациями (к чему врачи тоже готовы относиться без должного внимания), приводят к тому, что обсуждаемое заболевание чаще всего диагностируют с очень большой **задержкой**. По данным Всемирного общества по эндометриозу (World endometriosis society, WES), правильный диагноз устанавливают в среднем через 6,7 года после появления первых симптомов заболевания ⁵¹. Хилари Мэнтел только подтвердила это правило. Именно поэтому сейчас особое внимание придать **ранней постановке диагноза** — УЗИ и МРТ продемонстрировали высокую чувствительность и специфичность ⁵².

Однако и с этими неинвазивными диагностическими методиками эндометриоза всё не так просто — недавно выяснилось, что они могут давать **ложноположительные** результаты: у 11–19% женщин с характерными клиническими проявлениями после удаления матки **диагноз подтвердить не удаётся** (результаты систематического обзора 2010 года) ⁵³. И, хотя МРТ считают референтным методом диагностики при аденомиозе и его специфичность достигает 89% ⁵⁴, ошибки всё равно возможны.

[Индивидуальный подход критически важен при ведении любой формы эндометриоза и выборе между оперативным и консервативным лечением.]

левого синдрома⁵⁵. Однако самый важный для клиницистов вывод исследователей состоит в том, что диеногест **сокращает размеры** эндометриодных гетеротопий.

Эндометриома. Корейские исследователи изучили применение диеногеста в дозе 2 мг/сут на протяжении минимум 12 мес у 188 пациенток, более чем у 90% которых диагноз был подтверждён гистологически **при оперативном вмешательстве**⁵⁶. У 59 пациенток с **рецидивирующей** **эндометриомой** диаметр кист значительно сократился через 12 мес по сравнению с исходными размерами как при односторонней **эндометриоме** (в среднем 21 мм по сравнению с 31 мм; $p < 0,01$; $n = 40$), так и при двусторонней (в среднем 37 мм по сравнению с 68 мм; $p < 0,01$; $n = 19$). Через 18 мес после начала приёма препарата у продолжавших находиться под наблюдением 35 пациенток диаметр кисты достоверно уменьшился по сравнению с размерами 6-месячной давности как при односторонней **эндометриоме** (в среднем до 14,5 мм при исходном 21 мм; $p < 0,01$; $n = 24$), так и при двусторонней (в среднем до 41,5 мм при исходном 51 мм; $p < 0,01$; $n = 11$).

С помощью препарата также удалось облегчить болевой синдром (по результатам оценки с помощью визуальной аналоговой шкалы через 12 мес). Профиль безопасности диеногеста был благоприятным, хотя авторы рекомендуют контролировать минеральную плотность костной ткани при его длительном применении⁵⁶.

Приведённые выше результаты послужили поводом для ретроспективного исследования 514 пациенток с **эндометриомой** яичника, получавших **после операции** диеногест в дозе 2 мг на протяжении по меньшей мере 48 нед (средняя продолжительность лечения 72 нед). Частота рецидивирования **эндометриом** составила 1,8% (у девяти пациенток из 514), а облегчение болевого синдрома отметили 82,2% участниц работы⁵⁷.

Авторы опубликованного в 2018 году исследования ограничили своё внимание когортой пациенток с рецидивами **после оперативного удаления эндометриом** (121 женщина), получавших диеногест более 24 нед (в среднем 58 нед). Облегчить боль удалось как в подгруппе пациенток с рецидивом только симптомов эндометриоза, так и при рецидиве кисты. **Размер рецидивирующих эндометриом** также существенным образом сократился: средний диаметр 105 объёмных образований у 88 пациенток составлял 38 мм, а через 24 нед лечения он **уменьшился** до 27 мм ($p < 0,001$)⁵⁸.

Аденомиоз. Интересные результаты были получены и при лечении **аденомиоза** с применением диеногеста⁵⁹: женщины (41 пациентка) были распределены в группы лечения диеногестом ($n = 22$) и агонистом ГнРГ (трипторелина ацетат; $n = 19$). До конца испытания дошли 19 (86,4%) и 18 (94,7%) пациенток соответственно. В обеих группах удалось добиться значимого облегчения тазовых болей и диспареунии.

В японском исследовании диеногеста при аденомиозе 130 пациенток получали препарат на протяжении 52 нед. Оценка по шкале тяжести болевых ощущений в среднем уменьшилась на 3,4 балла через 24 нед и на 3,8 балла — через 52 нед⁶⁰.

В целом международный опыт длительного применения диеногеста составляет уже **более 70 мес**, и совсем недавно, в 2016 году, на конгрессе Общества по ведению эндометриоза и заболеваний матки (Society of endometriosis and uterine disorders) были впервые озвучены результаты возможной тактики **«фармакотерапия вместо операции»**. Проф. Томас Рёмер (Thomas Römer; Кёльн, Германия) представил результаты пилотного исследования с участием 37 женщин (средний возраст 39 лет), получавших терапию на протяжении более 36 мес. Рёмер наблюдал **эффективное** купирование болевого синдрома **независимо от хирургической операции**.

Таким образом, в настоящее время мы наблюдаем период активного накопления доказательной базы диеногеста в лечении эндометриоза (препарат зарегистрирован только в 2010 году). В целом его высокая эффективность позволяет с оптимизмом смотреть в будущее, однако многое ещё предстоит выяснить. Необходимы, например, **более чёткие** показания к применению гестагенов, а также выверенные рекомендации по лечебной стратегии: фармакотерапия до и/или после хирургического вмешательства или только медикаментозная терапия. Кроме того, было бы крайне желательно индивидуализировать подбор терапии в зависимости от клинических характеристик пациентки — стадии заболевания, возраста, сохранения гетеротопий после операции, акушерского анамнеза и репродуктивных планов⁶¹.

Как бы то ни было, возможности отказаться от операции есть уже сейчас. Главное — начать ими пользоваться.



«Семь раз отмерь, один — отрежь» — эта пословица применительно к выбору лечебной тактики при эндометриозе сегодня приобретает особый смысл. Всегда ли нужно обращаться к хирургии с её рисками? Безусловно, во многих клинических ситуациях (точное определение стадии и распространённости процесса, разъединение спаек) это единственный выход для пациентки, но не во всех. **Некоторая избыточная** увлечённость оперативным лечением при эндометриозе — страница исторического развития медицинской науки, которую **уже пора перелистнуть**. Сегодня гораздо важнее быть строже при оценке показаний к операции, применяя тот самый индивидуальный подход.

Разработка критериев качества для мониторинга терапии⁶² продолжается, но уже сейчас ясно: гормональные препараты сохраняют своё место в первой линии ведения страдающих этим заболеванием пациенток. Почти каждый месяц приносит публикацию на PubMed или Medline нового клинического исследования или обзора их эффективности и безопасности. При этом особый интерес и важность представляют результаты длительного применения специфической терапии, позволяющего либо отложить оперативное вмешательство, либо избежать его вовсе. **SP**

неслучайные попутчики

Роль комменсалов при репродуктивных нарушениях



Автор: Алексей Алексеевич Хрянин, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета, вице-президент Сибирской ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

Мнения о том, какая тактика акушера-гинеколога оптимальна при состояниях, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, часто бывают диаметрально противоположными. С одной стороны, разнообразные «мирные» **комменсалы присутствуют в норме** у любой женщины. Их обнаружение при ПЦР-исследовании само по себе не должно быть поводом для начала терапии, да и диагноза, образованные присоединением окончания «-оз» к названию инфекта, **в МКБ-10 отсутствуют**. С другой стороны, например, обычно безобидные микоплазмы могут при определённых условиях вызвать **воспалительный процесс**¹. Как правило, это происходит **в ассоциации** с другими микроорганизмами — так, «глубоко законспирированный резидент» проявляет себя, например, при инфекциях, передаваемых половым путём (ИППП)².

В то же время исследования демонстрируют связь микоплазм с рядом серьёзных репродуктивных проблем. Когда же следует отнестись к наличию этих микроорганизмов в урогенитальном тракте особенно внимательно?

Микоплазмы (от греч. «сформированные грибом») — микроорганизмы с наименьшим среди прокариот размером генома и наиболее простой организацией клетки; они занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами. Представители этого класса разнообразны по своей морфологии; некоторые из них способны к **автономному росту**, другие — к **паразитированию на мембране эукариотических клеток**²⁻⁴. Микоплазмы — трудно культивируемые микроорганизмы, и, хотя они были описаны ещё в конце XIX века, о большинстве их свойств стало известно только после появления технологии ПЦР⁵.

Наиболее часто у человека находят **генитальные микоплазмы** — *Mycoplasma*

hominis и *Ureaplasma urealyticum* (см. инфографику). В настоящее время не ясно, могут ли они выступать как самостоятельные возбудители патологических процессов или нет.

Не все комменсалы
одинаково безобидны...

M. hominis находят в мочеиспускательном канале и в прямой кишке **у 20–75% здоровых** женщин и мужчин. При этом её часто выявляют при бактериальном вагинозе наряду с *G. vaginalis*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Mobiluncus* и др. Достоверных **показателей патогенности этого микроба**

[Генитальные микоплазмы, которые находят у человека наиболее часто, — *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*. Пока не ясно, могут ли они выступать самостоятельными возбудителями заболеваний.]

История изучения микоплазм

- В 1898 году Эдмон Нокар (Edmond Nocard) и Эмиль Ру (Emile Roux) впервые описали микроорганизмы (при атипичной плевропневмонии крупного рогатого скота).
- В 1910 году Жюль Борде (Jules Bordet) уточнил их морфологию.
- В 1929 году Юлиан Новак (Julian Nowak) предложил название «микоплазмы».
- В 1937 году Луис Дьенеш (Louis Dienes) и Джеффри Эдсалл (Geoffrey Edsall) выделили *M. hominis* из абсцесса бартолиновой железы.
- В 1954 году Морис Шепард (Maurice Shepard) выделил Т-микоплазмы (*U. urealyticum*) из уретры больного негонококковым уретритом.
- До 1960-х годов микоплазмы относили к L-формам бактерий.
- В 1970-х годах внедрили метод ДНК-гибридизации, благодаря которому выделили самостоятельный класс *Mollicutes*.

Лечить диагноз?

Во времена СССР ведомственные методические рекомендации предписывали врачу **лечить всех лиц**, у которых обнаружены уреоплазмы, хламидии или гарднереллы, а также дополнительно проводить им профилактику кандидоза. Более того, в 1993 году было установлено требование подавать экстренное извещение на каждого пациента с уреоплазмозом, микоплазмозом, кандидозом и гарднереллёзом, так же как на больных сифилисом, гонореей, хламидиозом и трихомониазом.

Впоследствии это правило было отменено: с 2010 года микоплазменные инфекции исключены из списка заболеваний, которые необходимо регистрировать как ИППП. «**Лечить анализы**» клиницисту больше не приходится, и это — прогрессивный шаг к **индивидуальному подходу**, учитывающему клинические проявления, сопутствующие болезни, факторы риска и репродуктивные планы.

Таблица. Заболевания, ассоциированные с генитальными микоплазмами^б

Заболевание	<i>Ureaplasma spp.</i>	<i>M. hominis</i>	<i>M. genitalium</i>
Бактериальный вагиноз	+/-	+/-	-
Цервицит	-	-	+
ВЗОМТ	-	+	+
Бесплодие (мужское, женское)	+/-	-	+/-
Хориоамнионит	+	+/-	-
Спонтанный аборт	+	+/-	-
Гипотрофия плода	+/-	-	-
Низкая масса тела ребёнка	+	-	-
Послеродовая лихорадка	+	+	-
Пиелонефрит	+/-	+	-
Уретрит у мужчин	+	-	+
Простатит	+/-	-	+/-
Эпидидимит	+/-	-	-

пока не получено; нет и однозначного мнения о роли *M. hominis* в развитии акушерско-гинекологических и неонатальных инфекций².

U. urealyticum обнаруживают в 2–3 раза чаще, чем *M. hominis*^{2,4}; название отражает способность гидролизировать мочевины с образованием аммиака (уреазную активность)^{2,4}. В 2002 году из рода *Ureaplasma* выделены два отдельных вида: *U. urealyticum* (биовар T960) и *U. parvum* (биовар *parvo*)². Таксономия генитальных микоплазм представлена на инфографике. Считают доказанной роль *U. urealyticum* в патогенезе мужского бесплодия: с одной стороны, из-за участия в воспалительных процессах, а с другой — из-за воздействия на сперматогенез и непосредственно на сперматозоиды (патогены нарушают морфологию и подвижность сперматозоидов, повреждают их хромосомы)²⁻⁴.

Ещё один представитель того же семейства — *M. genitalium*. Согласно рекомендациям Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for disease control and prevention, CDC, 2015), её признают **абсолютным патогеном**, который надлежит рассматривать как самостоятельную причину **цервицитов** у женщин и рецидивирующих уретритов у мужчин¹.

Заболевания, ассоциированные с генитальными микоплазмами, представлены в таблице.

Микоплазмы начинают усиленно колонизировать мочеполовую систему после сексуального дебюта, активно заселяя влагалище, реже — шейку матки и мочеиспускательный канал. Интересно, что **женщины более чувствительны** к этим микроорганизмам — по мере увеличения числа половых партнёров уровень обсеменённости у них прогрессирует быстрее, чем у мужчин⁸. Так, в итальянском исследовании 2012 года было показано, что *U. urealyticum* находят у двух женщин из пяти (41,9%) и только у каждого десятого мужчины (12,7%)⁹. При этом частота определения микоплазм зависит не только от пола и сексуальной активности, но и от возраста (прямо пропорционально), социального и экономического положения (обратно пропорционально)^{2,4}.

В то же время метаанализ, проведённый в Иране в 2016 году, показал, что распространённость урогенитальных микоплазм у женщин и мужчин

близка и составляет в среднем 12,8% (95% ДИ 9,8–16,5) и 11,1% (95% ДИ 7,4–16,4). У **бесплодных мужчин** этот показатель значительно выше, чем у имеющих детей. Это позволило авторам сделать вывод, что, поскольку микоплазмы могут участвовать в патогенезе мужского бесплодия, внедрение скрининга и лечения инфицированных (без клинических проявлений) может быть целесообразным¹⁰.

Сложносоставные букеты

В последние годы во врачебной практике всё чаще встречаются **ассоциации** различных возбудителей, что снижает эффективность терапии и ухудшает прогноз. Наиболее вероятная причина распространения коинфекций — **неверная тактика**: использование малоинформативных методов диагностики (в том числе при обследовании полового партнёра), неправильный подбор антимикробных препаратов и доз, несоблюдение предписаний специалиста пациентами. И даже если удастся купировать острую симптоматику, **риск хронизации** воспалительного процесса остаётся (при этом микробы мутируют, становясь более резистентными к лечению^{11,12}).

По данным многих авторов, хламидии, уреа- и микоплазмы практически не встречаются в качестве моновозбудителей, почти всегда входя в состав сложных микробных сообществ^{13–15}. Так, в одном из российских исследований **микст-ассоциации** были выявлены у **52%** пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий, из них более трети (34,3%) имели сочетание трёх и более возбудителей¹³. В работе, выполненной в Южной Корее в 2016 году, при помощи мультиплексного ПЦР-анализа было показано, что **91,7%** пациенток с *Trichomonas vaginalis* были инфицированы двумя и более патогенами (по частоте *M. hominis* была на первом месте, за ней следовали *U. urealyticum* и *S. trachomatis*¹⁴).

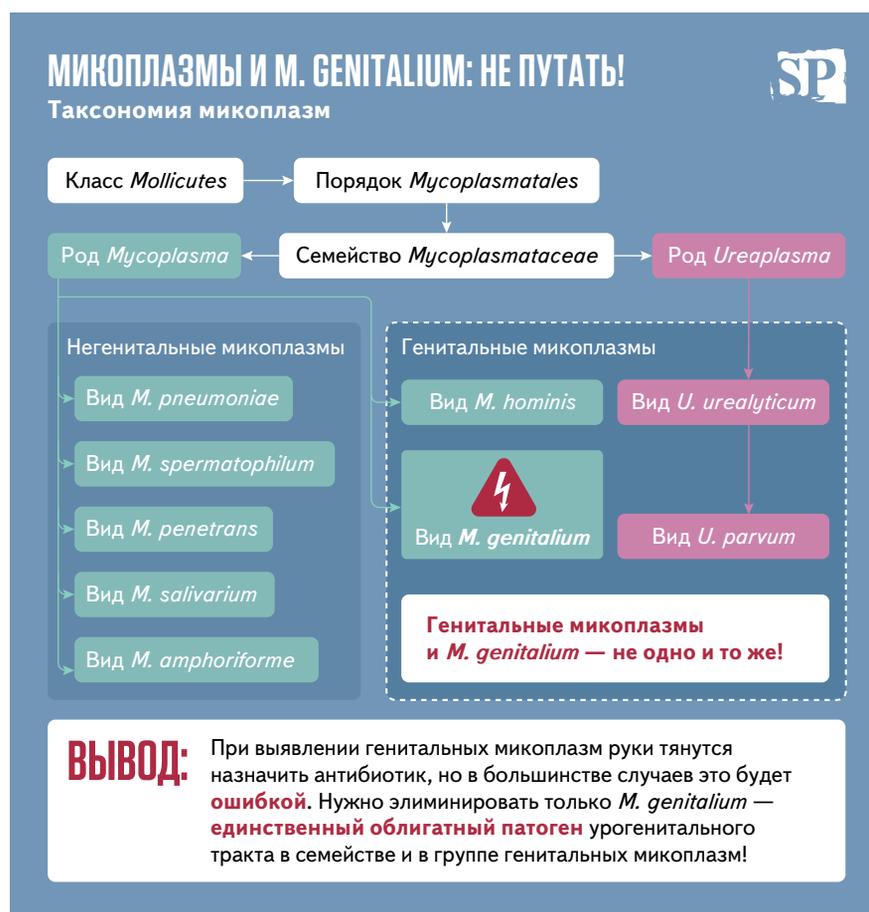
Учитывая половой путь передачи инфекции, для гинекологов представляет интерес исследование, проведённое в Японии, в котором при помощи ДНК-методов изучали мазки из уретры

и пробы мочи 424 мужчин с симптомами острого уретрита. Наличие *Neisseria gonorrhoeae* было отмечено у 127 (30%) испытуемых; у 143 (48,1%) из оставшихся пациентов была выявлена *S. trachomatis*. У прочих 154 участников с нехламидийным и негонококковым уретритом находили:

- *M. genitalium* — у 22,7%;
- *M. hominis* — у 5,8%;
- *U. urealyticum* — у 19,5%;
- *U. parvum* — у 9,1%;
- *H. influenzae* — у 14,3%;
- *Neisseria meningitidis* — у 3,9%;
- *Trichomonas vaginalis* — у 1,3%;
- *Human adenovirus* — у 16,2%;
- *Herpes simplex* 1-го типа — у 7,1% и 2-го типа — у 2,6%.

Авторы заключили, что у мужчин с негонококковым уретритом **микробный пейзаж непредсказуем** и ни демографические, ни клинические данные не позволяют сделать сколько-нибудь точные предположения о возможном возбудителе. Однако для проведения этиотропной терапии необходимо знать реальную картину¹⁵. Наиболее распространённые патогены, выделяемые у больных с негонококковым уретритом¹⁶:

- *S. trachomatis* — 11–50%;
- *M. genitalium* — 6–50%;
- *Ureaplasmae* — 5–26%;
- *T. vaginalis* — 1–20%;
- *Adenoviridae* — 2–4%;
- *Herpes simplex virus* — 2–3%.



[Микоплазмы начинают активно колонизировать мочеполовую систему женщины после сексуального дебюта, заселяя влагалище, реже — шейку матки и мочеиспускательный канал.]

{Что и требовалось доказать}

Беременность — зона риска

По данным исследователей из ЮАР, генитальные микоплазмы обнаруживаются во влагалище 70–80% сексуально активных женщин¹⁷. И хотя в большинстве случаев клинические симптомы отсутствуют, во время беременности риск неблагоприятных исходов повышается, особенно если указанные микроорганизмы колонизировали верхние отделы генитального тракта. В частности, речь идёт о большей вероятности преждевременных разрывов плодных оболочек и досрочных родов, детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, мертворождения¹². Отмечают ассоциацию контаминации *M. hominis* с эндометритом и преждевременными родами; *U. urealyticum* — с хориоамнионитом, спонтанным абортом, преждевременными родами и мертворождениями (нередко *U. urealyticum* обнаруживают в организме плода и мертворождённых детей¹⁸). Доказано, что *Ureaplasma spp.* и *M. hominis* способны вызывать воспалительную реакцию в матке, это

провоцирует развитие хориоамнионита и преждевременных родов, а у новорождённых — хронического поражения лёгких и пневмонии¹⁹.

Стоит отметить, что уреаплазменная инфекция часто активизируется именно во время беременности. Вместе с тем, несмотря на широкие возможности современных методов диагностики, говорить о том, различается ли патогенность различных видов *Ureaplasma spp.* в отношении преждевременных родов, прочих нарушений гестации и системных заболеваний у новорождённых, пока сложно. Не до конца ясны и механизмы иммунного ответа организма-хозяина на инвазию генитальных микоплазм. Эти аспекты требуют дальнейшего изучения.

В 2018 году группа итальянских авторов опубликовала результаты многоцентрового исследования с участием 1761 беременной. При помощи мультиплексной ПЦР были обнаружены *U. parvum* — у 38,3% участниц, *U. urealyticum* — 9%, *M. hominis* — 8,6% и *M. genitalium* — у 0,6%*. Доля положительных тестов на *M. hominis* была значительно выше у женщин с признаками воспаления органов мочеполовой си-

стемы, чем у бессимптомных (2,9 vs 1%; $p=0,036$). Кроме того, оказалось, что чем больше срок беременности, тем выше была обсеменённость генитальными микоплазмами (*U. urealyticum*, *M. hominis*, общая микоплазменная колонизация)²⁰.

Мужской фактор бесплодия

В исследовании специалистов из Китая в 2016 году была прослежена частота обнаружения микоплазм у мужчин с бесплодием⁸. Были изучены эпидемиологические данные (распространённость, распределение по возрасту, резистентность к антибиотикам) о 7000 амбулаторных пациентов за период с 2009 по 2012 год. Инфицированными оказались 3225 (43,7%) человек, причём чаще всего у них обнаруживали *U. urealyticum* (97%).

Результаты работы, проведённой в Италии в 2009 году, показали, что у каждого третьего (33%) инфертильного мужчины бесплодие было ассоциировано с условно-патогенной микрофлорой²¹. У 12% заражённых была обнаружена *U. urealyticum*; у большинства из них (86%) было лабораторно подтверждено низкое качество спермы.

11 лет назад исследователи из Китая предположили, что на поверхности сперматозоидов и уреаплазм имеются похожие белковые комплексы, поэтому инфицирование *Ureaplasma spp.* провоцирует образование антиспермальных антител²². Более поздними работами это предположение было косвенно подтверждено²³. Тем не менее в настоящее время пока отсутствует чёткое понимание того, как именно *U. urealyticum* влияет на сперматогенез — дискуссия по данной проблеме продолжается.

Что касается абсолютного патогена — *M. genitalium*, — то в работе 2018 года, опубликованной учёными из Ирана, отмечена более высокая распространённость этого микроорганизма у бесплодных мужчин по сравнению

* Положительный результат на *Ureaplasma spp.* не всегда требует назначения терапии: необходимо определить вид микроорганизма. Однако в РФ видоспецифические тест-системы для количественного определения уреаплазм пока не получили широкого распространения.

[Контаминация *Mycoplasma hominis* связана с эндометритом и преждевременными родами; *Ureaplasma urealyticum* — с хориоамнионитом, спонтанным абортом, преждевременными родами и мертворождением.]

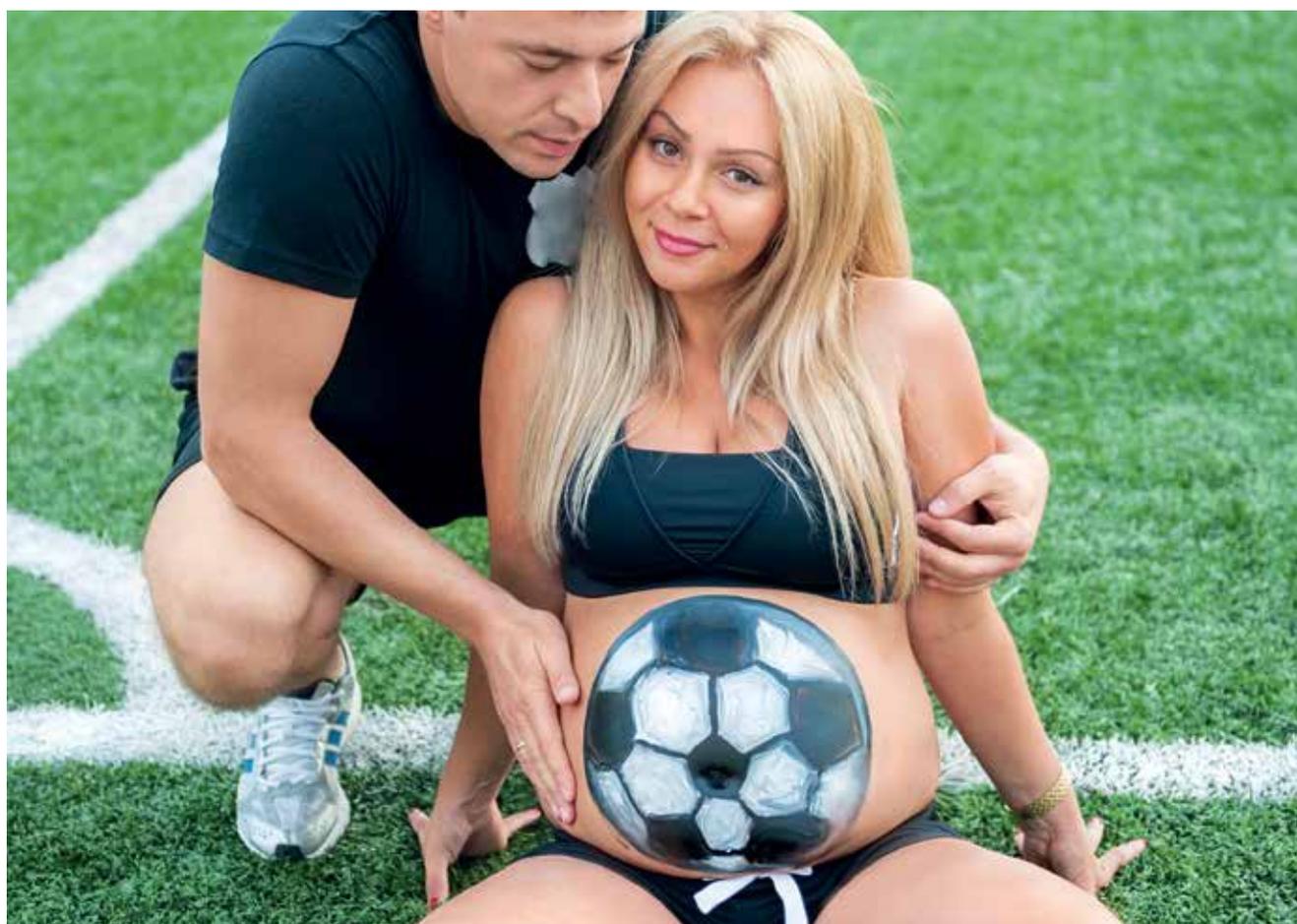
Терминологические ловушки

По словам проф. А. Свидзинского, в европейских странах в названиях инфекционно-воспалительных заболеваний используют термины, указывающие на природу процесса. Так, окончание «-оз» (например, хламидиоз, вагиноз) говорит о бактериальном происхождении, «-аз» (например, трихомониаз, кандидиаз) — о паразитарном. В российской практике существуют отличия от западного подхода. Возможно, это связано с уже сложившимися стереотипами.

Коинфекция — это сочетание двух независимых возбудителей, каждый из которых имеет свои собственные патогенетические механизмы и способен вызывать клинические проявления заболевания.

Микст-инфекция вызвана одновременно несколькими микроорганизмами, совместно участвующими в патогенезе заболевания.

Таким образом, смешанные вагинальные инфекции характеризуются более тяжёлым и длительным течением, частыми рецидивами, развитием восходящей инфекции. Кроме того, наличие нескольких причинных патогенов сопряжено с трудностями в диагностике и при выборе терапии.



© Olga Vladimirova / Shutterstock.com

[*M. genitalium* — единственный облигатный патоген из генитальных микоплазм, зачастую никак не проявляющий себя у мужчин. Однако риск, которому подвергаются инфицированные женщины во время беременности, достаточно высок.]

с имеющими детей (9,7 против 1,2%; $p=0,001$). Инфицированных пациентов лечили доксициклином 100 мг дважды в день в течение 7 сут, и это позволило улучшить большинство параметров спермы. Почти половина половых партнёров ранее инфицированных бесплодных мужчин (43,8%) забеременели в течение 4 мес после лечения²⁴.

Верификация вредителей

Поскольку вопрос о значении генитальных микоплазм до сих пор остаётся дискуссионным, рутинный скрининг на их наличие не проводят²⁵. Согласно

современным российским клиническим рекомендациям²⁶, показаниями к обследованию на *U. urealyticum* и *M. hominis* служат клиничко-лабораторные признаки **воспаления урогенитального тракта**. При отсутствии симптомов диагностику проводят:

- у пациентов с диагнозом «бесплодие»;
- женщин с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе;
- доноров спермы^{7,26}.

А вот *M. genitalium* рекомендовано дополнительно выявлять у обоих партнёров в **прегравидарном периоде**. Следует учесть, что у мужчин этот возбудитель далеко не всегда проявляет себя какими-либо симптомами. Тем не

менее риск, которому подвергаются инфицированные женщины во время беременности, достаточно высок, поэтому негативный сценарий целесообразно исключить заранее⁷.

Данные исследований подтверждают, что значительная часть инфекционных заболеваний урогенитального тракта имеет сочетанную этиологию, а значит, диагностика должна носить комплексный характер²⁵. Нужно принимать во внимание, что микроскопия малоинформативна для обнаружения *M. hominis* и *U. urealyticum*: семейству микоплазм присущ полиморфизм, а у этих микробов нет чётких морфологических характеристик. Не подходит для этих целей и прямая иммуофлуоресценция или иммуоферментный



© William Perugini / Shutterstock.com

[Распространённость и спектр генитальных микоплазм варьируют в зависимости от страны, где раньше жил пациент, и, вероятно, следует ожидать неодинаковых профилей устойчивости к антибиотикам.]

анализ^{25,26}. Целесообразно применять другие технологии:

- количественные — культуральный метод (на плотных и жидких питательных средах);
- качественные — ПЦР и другие способы амплификации ДНК и РНК.

В то же время микроскопия материала из уретры, влагалища и цервикального канала может быть полезна для оценки:

- состояния эпителия;
- лейкоцитарной реакции;
- состояния микробиоценоза влагалищного эпителия;
- наличия сопутствующих ИППП (гонококковой инфекции, уrogenитального трихомониаза).

Какие-либо провокации (биологические, химические или алиментарные) при диагностике заболеваний, вызванных *U. urealyticum* и *M. hominis*, применять не следует²⁵.

Стоит напомнить, что формулировка диагноза может включать указание на две рубрики МКБ 10: первая — в соответствии с локализацией воспалительного процесса, а вторая — «Другие бактериальные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках». Пример формулировки: уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* (N34 + B96.8).

В обход резистентности

Большинство исследователей считают, что этиотропную терапию при выявлении *M. hominis* и *U. urealyticum* надлежит назначать следующим пациентам:

- с клиническими и лабораторными признаками воспаления в органах мочеполовой системы;

- с предстоящими инвазивными мероприятиями на органах мочеполовой системы (такими как гистероскопия, трансуретральная резекция, введение внутриматочных контрацептивов, хирургическое лечение заболеваний шейки матки и др.);
- с бесплодием, когда кроме генитальных микоплазм не установлено других его причин;
- женщинам с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе, с осложнённым течением настоящей беременности, предполагающим возможное инфицирование плода^{2,4,25,27}.

В клинических рекомендациях 2015 года²⁶ приведены две схемы лечения инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие вероятные возбудители (*S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*): с использованием доксициклина либо джозамицина (доксициклина моногидрат считают препаратом первого выбора). Следует понимать, что это не единственный вариант назначения и в случае неэффективности его приёма можно «переключиться» на средство из другой группы.

В Германии была определена чувствительность 290 изолятов *M. hominis* и 179 изолятов *Ureaplasma spp.*, выделенных за 20 лет (в 1983—2004 годах), к 11 антибактериальным препаратам; кроме того, авторы проанализировали результаты рутинного электронного тестирования за 2005—2008 годы²⁸. *M. hominis* в целом были значительно более устойчивы к тетрациклам (примерно 10—13%), чем уреоплазмы (примерно 1—3%). Наиболее активным оказался доксициклин — MIC₉₀ 1 и 8 мг/л для уреоплазмы и *M. hominis* соответственно. Офлоксацин был эффективен против обоих видов (>95% восприимчивости). Ципрофлоксацин умеренно активен в отношении *M. hominis* и ещё меньше — в отношении уреоплазм (восприимчивость 70,3 и 35,2% соответственно). Кларитромицин и джозамицин были признаны самыми мощными макролидами (MIC₉₀ из 0,5 мг/л) против уреоплазмы. Эритромицин имел наименьшую действенность (MIC₉₀ 8 мг/л) против уреоплазмы, как и клиндамицин, который, однако, хорошо подавлял *M. hominis*.

Перекрёстная резистентность была обнаружена между тетрациклинами (53–93%), макролидами и эритромицином (70–100%), а также между эритромицином и ципрофлоксацином (43–55%). *M. hominis* стала устойчивее к тетрациклинам и фторхинолонам в период с 1989 по 2004 год (в 2005–2008 годах изменений отмечено мало). Исследователи заключили, что препаратом первого выбора для лечения уреоплазменной инфекции можно считать доксициклин, и он может быть рекомендован для лечения коинфекции с *M. hominis*²⁸.

В Чехии в 2016 году 111 женщин с нарушениями репродуктивной функции были протестированы на наличие *M. hominis* и *U. urealyticum* с применением культурального исследования и ПЦР²⁹. Восприимчивость этих микроорганизмов к азитромицину, ципрофлоксацину, доксициклину и эритромицину анализировали методом микродиффузии. *U. urealyticum* была обнаружена в образцах у 39,6% пациентов, *M. hominis* — у 8,1%. Наиболее эффективным антибактериальным препаратом против обоих видов оказался доксициклин.

Итальянские исследователи заметили, что миграционные потоки из других стран изменяют эпидемиологический профиль инфекций. В 2012 году была опубликована научная работа с анализом распространённости и антимикробной восприимчивости *U. urealyticum* и *M. hominis* у 433 амбулаторных больных — коренных итальянцев и иммигрантов. Распространённость положительных образцов составила 44,5% у коренных жителей и 53,4% — у приехавших. У выходцев из Африки чаще встречали уреоплазмы: 51,5 vs 33,3% ($p=0,046$), а в сочетании с *M. hominis* — 54,5 vs 34,3% ($p = 0,035$). В целом по всем пациентам: *U. urealyticum* в 66,4% проб была резистентна к ципрофлоксацину и в 27,6% — к офлоксацину. *M. homi-*

[Главным требованием к результатам терапии остаётся купирование признаков воспаления (клинических и лабораторных). При этом стремиться к полной эрадикации *M. hominis* и *Urealyticum spp.* не следует.]

nis в 66,7% образцов продемонстрировала устойчивость к азитромицину и рокситромицину.

В 2018 году та же группа исследователей продемонстрировала, что доля иностранных беременных с положительным анализом на *U. parvum* была значительно выше по сравнению с итальянками (37 vs 30,1%; $p=0,007$), аналогично — по микоплазменной колонизации (53,4 vs 45,8%; $p=0,011$)²⁰. Получается, что распространённость и спектр генитальных микоплазм варьируют в зависимости от страны, где раньше жил пациент, и, вероятно, следует ожидать также неодинаковых профилей устойчивости к антибиотикам⁹.

Распространённость и антибактериальная резистентность *U. urealyticum* и *M. hominis* к 12 различным препаратам были исследованы в Шанхае в 2011–2014 годах у 965 пациентов с инфекцией половых путей. За 4 года общий уровень инфицирования возрос. Микроорганизмы оказались относительно чувствительными к миноциклину, доксициклину и джозамицину — резистентность составила, соответственно, 6,5; 7,2 и 13,5%. Однако для эритромицина, рокситромицина, тиамфеникола и клиндамицина показатели устойчивости были значительно выше: 41,9; 47,2; 62,3 и 74,9% соответственно³⁰.

Таким образом, доксициклин по-прежнему представляет собой препарат выбора для уреоплазменной инфекции и одновременно эффективен в отношении *M. hominis*. Для снижения частоты побочных эффектов разработан доксициклин в виде нейтральной соли моногидрата, не раздражающей пищевод в ле-

карственной форме, — диспергируемые таблетки. В качестве альтернативы тетрациклинам могут быть использованы клиндамицин или джозамицин — он присутствует в актуальных российских клинических рекомендациях наравне с доксициклином, особенно показан для лечения беременных и детей с массой тела менее 45 кг²⁶.

К сожалению, в настоящее время вопрос о необходимости лечения при обнаружении условно-патогенных микоплазм в отсутствие симптоматики воспаления остаётся открытым. Однозначного подтверждения целесообразности такой терапии нет, как нет и вывода о её бесполезности^{25,26}. Эта неопределённость касается даже тех пациентов, которые перечислены в клинических рекомендациях как подлежащие обследованию на наличие этих микроорганизмов, — женщин с репродуктивными потерями, мужчин с бесплодием, доноров спермы. Главным требованием к результатам терапии остаётся купирование признаков воспаления (клинических и лабораторных). При этом стремиться к полной эрадикации *M. hominis* и *Urealyticum spp.* у половых партнёров не следует²⁵.



M. hominis и *U. urealyticum*, будучи условными патогенами, широко распространены в популяции и чаще всего не вызывают каких-либо симптомов. Роль этих микроорганизмов в патогенезе заболеваний уrogenитального тракта до конца не выяснена — это задел для исследований ближайшего будущего. Как бы то ни было, в ситуациях, чётко обозначенных в отечественных клинических рекомендациях, требуется и выявлять генитальные микоплазмы, и назначать действенную терапию. К счастью, эффективные средства для этого имеются. 

[В настоящее время вопрос о необходимости лечения при обнаружении условно-патогенных микоплазм в отсутствие симптоматики воспаления остаётся открытым. Однозначного подтверждения целесообразности такой терапии нет, как нет и вывода о её бесполезности.]

Библиографию см. на с. 122–126.



счастье в балансе!

Мнения экспертов о женском здоровье

Автор-обозреватель: Мила Алексеевна Мартынова, StatusPraesens (Москва)

Нарушения вагинального биоценоза способны **отрицательно повлиять** на репродуктивное здоровье. Послеродовые и послеоперационные осложнения, невынашивание беременности, ВЗОМТ — далеко не полный перечень возможных негативных последствий. Проблема, на первый взгляд не связанная с инфекциями, — железодефицитная анемия (ЖДА). Для борьбы с ней **ВОЗ разработала рекомендации** по дотации железа менструирующим женщинам и **беременным** в зависимости от региона проживания. Однако не всё так просто — дисбиозы и вагиниты (и неспецифические, и специфические) имеют гораздо больше общего с ЖДА, чем казалось ранее. Этим вопросам была посвящена одна из секций на прошедшем в марте 2018 года III Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии. Весенние чтения».

Фактором, определяющим состояние биоценоза влагалища, считают лактофлору: её концентрацию и специфические свойства, главное из которых — способность к образованию молочной кислоты, обладающей защитным действием. Таким образом лактобациллы постоянно держат «круговую оборону», препятствуя размножению патогенных микроорганизмов. Залогом **благополучия вагинальной экосистемы** можно назвать адекватную кислотность среды обитания и целостность эпителия.

Коктейль из микроорганизмов

Доклад проф. Алевтины Михайловны **Савичевой** (Санкт-Петербург) был посвящён теме вагинальных инфекций и дисбиоза.

Микробиоценоз влагалища — чрезвычайно динамичная система с изменениями в видовом составе и в количестве бактерий, возникающими в ответ на множество факторов. Организм здоровой женщины колонизирован **различны-**

ми видами лактобацилл, однако их количество может меняться в течение цикла¹. Дисбаланс с уменьшением количества лактобактерий приводит к разным патологическим состояниям в зависимости от преобладания тех или иных микроорганизмов: анаэробных — к бактериальному вагинозу, аэробных — к аэробному вагиниту².

Как показывают исследования, изолированный неспецифический вагинит выявляют у 39–41% пациенток. Чаще (у 59–61%) встречаются различные сочетания этого заболевания с бактериальным вагинозом, кандидозным и трихомонадным вагинитом^{3,4}.

Стоит также отметить изменение видового состава грибов рода *Candida* при кандидозном вульвовагините со сдвигом в сторону форм *non-albicans*. Частота распространения заболевания, обусловленного этими видами возбудителей, высока — до 75% женщин по крайней мере один раз в жизни сталкивались с ним⁵. Так, если в 2007 году соотношение *C. albicans* и *C. non-albicans* (*C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*) было 91,3 и 8,7% соответственно, то в 2013 году — уже 77,2 и 22,8%⁶. Сегодняшние реалии таковы: резистентность многих штаммов грибов к анти-

микотикам неуклонно растёт, в связи с чем остаётся всё меньше эффективных препаратов для лечения кандидозного вульвовагинита⁶. Учитывая, что микроорганизмы, в том числе и в составе смешанных инфекций, всячески совершенствуются и укрепляют свои позиции путём образования биоплёнок, лечение заболеваний становится всё более сложной для клиницистов задачей.

Инфекции и биоценоз: что важно клиницисту?

Как рассказала проф. Марина Борисовна Хамошина (Москва), переход к состоянию микробиома, характерному для бактериального вагиноза, у многих женщин обусловлен сниженной активностью локального иммунитета, в частности — недостаточным противовоспалительным ответом. Вследствие всех этих причин наблюдают уменьшение количества или отсутствие молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища, высокую концентрацию облигатно-факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов, не вызывающих воспалительных изменений слизистой оболочки влагалища, увеличение pH вагинального отделяемого до 4,5 и более.

Что же считают микробиологически-предпосылками к развитию бактериального вагиноза?⁷

- Доминирование *Lactobacillus iners*, обладающих слабыми защитными свойствами (их выявляют у 26,8% женщин).
- Снижение доли штаммов лактобактерий, продуцирующих H₂O₂.
- Наличие во влагалищном биотопе *Atopobium vaginae*, особенно в комбинации с *C. vaginalis*.

C. vaginalis имеет сниженную адаптивную способность к кислой среде и не может существовать в ней, поскольку у неё отсутствует ген *ArsR* — именно



Марина Борисовна Хамошина, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов, член Российского общества акушеров-гинекологов (Москва)

он отвечает за приспособляемость к подобным «условиям проживания»⁸.

Ещё один аспект, которому докладчик уделила внимание в своём выступлении, — биоплёнки. Эти биологические системы способны выживать в неблагоприятных условиях, например при концентрациях H₂O₂ и молочной кислоты, в 4–8 раз превышающих переносимые. При этом наличие сообществ микроорганизмов можно рассматривать как одну из главных причин рецидивов вагинальных инфекций после терапии метронидазолом^{9,10}. Стоит отметить, что *C. vaginalis* более патогенна по сравнению с другими бактериями именно вследствие повышенной способности создавать условия для образования микробных ассоциаций¹¹.

Показатель pH влагалищной среды и выживаемость бактериальных плёнок лактофлоры — взаимосвязанный



Алевтина Михайловна Савичева, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., руководитель лаборатории микробиологии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург)

[Изолированный неспецифический вагинит выявляют у 39–41% пациенток. Чаще (у 59–61%) встречаются различные сочетания его с бактериальным вагинозом, кандидозным и трихомонадным вагинитом.]

Тройная защита

Наиболее подходящими для терапии разных форм вагинита сегодня считают **местные препараты** (в форме крема или вагинальных суппозиториев), содержащие антибиотики и антимикотики¹². Эти средства должны обладать широким спектром антимикробного действия в отношении факультативных и облигатных анаэробов и дрожжеподобных грибов, а также не оказывать угнетающего эффекта на лактобациллы.

«Полижинакс» — вагинальные капсулы с **широким спектром** антибактериальной активности против грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов рода *Candida*. Лекарственный препарат содержит антибиотик из группы аминогликозидов **неомицина сульфат** (35 000 МЕ) и полипептидный антибиотик **полимиксина В сульфат** (35 000 МЕ). Они оказывают **бактерицидное действие** в отношении широкого спектра грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов.

Третий компонент — полиеновый антимикотик природного происхождения **нистатин** (100 000 МЕ). Он проявляет **фунгицидное свойство** в отношении и *C. albicans*, и *C. non-albicans*¹³. Европейские рекомендации признают его **средством первой линии** при лечении хронического вульвовагинального кандидоза, вызванного *C. glabrata*, обладающей низкой чувствительностью к азолам¹⁴. Использование нистатина позволяет повысить эффективность терапии, поскольку к нему не развивается устойчивость этого возбудителя. Все три входящих в состав лекарственного средства компонента практически не абсорбируются при вагинальном применении и не вызывают нежелательных системных эффектов.

За годы применения препарата накоплена широкая доказательная база его эффективности при лечении вагинитов и вульвовагинального кандидоза. На данный момент опубликованы результаты **92 исследований**, выполненных в семи странах Европы (61 из них — в России) с участием **5610 пациенток** вне и во время беременности.

В одном из исследований *in vitro* изучали **чувствительность 200 вагинальных штаммов** дрожжеподобных грибов рода *Candida* к четырём наиболее часто применяемым местным антимикотическим препаратам: нистатину, эконазолу, клотримазолу, миконазолу¹⁵. В результате сравнение чувствительности 113 штаммов *C. albicans* и 87 штаммов *C. non-albicans* показало, что «небелые» представители были менее восприимчивы к азолам, чем «белые», в то же время оба вида проявили одинаково высокую чувствительность к нистатину.

Ещё один крайне важный аспект: при любом варианте лечения необходимо думать также и о **сохранении популяции *Lactobacillus spp.***, обеспечивающих вагинальный нормоценоз. Лактобактерии в составе биоплёнок синтезируют молочную кислоту, что способствует снижению pH влагалищного секрета до 3,7–4,5 и обеспечивает защиту от инфекции, поскольку такая среда неблагоприятна для роста патогенной микрофлоры¹⁶. Многоцентровое рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование эффективности лекарственного средства при неспецифическом и кандидозном вагините^{17,18} показало, что у **97,2%** пациенток после курса лечения (12 дней) восстановились физиологические значения pH влагалища. Таким образом, «Полижинакс» сохраняет рост трёх основных штаммов лактобацилл нормальной микрофлоры влагалища¹⁹.

В метаанализе эффективности лечения аэробного вагинита были также доказаны преимущества препарата.

- Противовоспалительное действие без кортикостероидов: снижение концентрации провоспалительных цитокинов (ИЛ-8, ФНО- α), нормализация количества лейкоцитов²⁰.
- Уменьшение симптомов вагинита с первого дня лечения, эффективность в лечении смешанного и аэробного вагинитов — 96–100%¹⁸.
- Активность против распространённых возбудителей вагинитов — грамположительных и грамотрицательных бактерий и грибов рода *Candida*.

процесс. Лактобактерии способствуют снижению pH в половых путях до 4–5, что считают оптимальным для их персистенции как по отдельности, так и в составе биоплёнок. При этом разрушение плёнки *L. acidophilus* повышает вероятность бактериального вагиноза²¹ и последующего присоединения воспаления. Клинически инициация **вагинита** манифестирует симптомами зуда, жжения, дискомфорта.

При выборе тактики лечения вагинальных инфекций акушеры-гинекологи должны преследовать **три основные цели**: уничтожить патогенные микроорганизмы, создать оптимальную физиологическую среду и восстановить нормоценоз во влагалище. Этого можно достичь в несколько этапов.

- **Верификация диагноза** (микробиологическое исследование).
- **Антимикробная терапия** с учётом чувствительности возбудителя до устранения клинических и лабораторных проявлений воспаления.
- **Нормализация и поддержание оптимальной pH среды влагалища** (аскорбиновая или молочная кислота интравагинально, молочная кислота + гликоген).
- **Восстановление концентрации лактобактерий** не менее 10^7 КОЕ/мл (препараты, содержащие ацидофильные лактобактерии, интравагинально или внутрь, местные формы эстриола).

Однако практическая сложность заключается в том, что и акушер-гинеколог, и пациентка вынуждены ожидать результатов лабораторных исследований несколько дней, а **мучительные симптомы вагинита** беспокоят женщину здесь и сейчас.

Нередко врач сталкивается с **неэффективностью терапии**, что может быть связано с наличием смешанной инфекции, антибиотикорезистентностью, вторичной кандидозной инфекцией. Одним из вариантов преодоления перечисленных проблем может стать эмпирическое назначение **комбинированного препарата**, перекрывающего максимально широкий спектр возбудителей. Оптимальное средство также должно отвечать следующим требованиям: иметь **показательную базу**, хорошую переносимость и минимальное влияние на биоценоз влагалища.

Конкуренция за железо

Проф. Николай Игоревич **Стуклов** (Москва) акцентировал внимание аудитории на проблеме распространённости ЖДА в России. Так, по оценке ВОЗ, в нашей стране это состояние отмечают у 20—39,9% населения, причём **наиболее уязвимы** дошкольники (26,3%), **беременные** (23,2%) и женщины детородного возраста (21,5%)²².

К дефициту железа предрасположены доноры, вегетарианцы, люди с хроническими заболеваниями пищеварительной системы. В группу риска также входят женщины с частыми и многоплодными **беременностями** в анамнезе, обильными менструальными кровотечениями, эндометриозом, миомой матки²³.

Однако только ли перечисленные факторы становятся причиной столь высокой распространённости ЖДА? Оказывается, нет.

Стоит отметить, что определённую (и даже значительную!) лепту в ситуацию с железodefицитом могут вносить и некоторые на первый взгляд напрямую не связанные с ним патологические процессы. Так, последствием инфекционных заболеваний (в том числе репродуктивных органов), особенно длительно протекающих и рецидивирующих, может стать **анемия хронических воспалений**. Для этого состояния характерно нарушение обмена железа из-за повышенного потребления его бактериями. Они конкурируют за металл, используя его для своей жизнедеятельности.

В этой ситуации даже дотация лекарственных препаратов железа **не обеспечивает покрытия дефицита** элемента — бактерии «едят» его, и анемия никуда не исчезает. Всё это напоминает замкнутый круг. Чтобы из него вырваться, важна правильная тактика: вначале провести **терапию инфекционных заболеваний**, восстановить **нормальную микробиоту** во влагалище и уже после всех этих лечебных мероприятий бороться с железodefицитом.

Для борьбы с анемией ВОЗ разработала рекомендации, согласно которым в странах, где ЖДА регистрируют у 40% женщин репродуктивного возраста, всем менструирующим пациенткам рекомендован **ежедневный приём**





Николай Игоревич Стуков, докт. мед. наук, проф. кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии, гематологии и клинической лабораторной диагностики Медицинского института Российского университета дружбы народов (Москва)

препаратов железа 30–60 мг в день в течение 3 мес ежегодно²⁴.

Согласно руководству ВОЗ «Интермиттирующий режим приёма менструирующими женщинами препаратов железа и фолиевой кислоты» (Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women), всем женщинам репродуктивного возраста, проживающим в регионах, где распространённость ЖДА составляет 20% и более (к которым относятся и Россия), рекомендован **еженедельный приём 60 мг железа и 2,8 мг фолиевой кислоты в течение 3 мес** каждые полгода²⁵. Это особенно актуально для планирующих беременность, поскольку во время вынашивания потребность в железе возрастает в **9 раз**²⁶.

Всем беременным с целью профилактики осложнений, а также для снижения риска послеродовых инфекций у матери и частоты рождения маловесных новорождённых с первого визита необходимо рекомендовать питание, богатое этим микроэлементом, и приём

60 мг железа в сутки; при наличии анемии — **120 мг** в сутки^{29,30}.

По рекомендации ВОЗ предпочтение стоит отдавать лекарственным препаратам, **содержащим двухвалентное железо** (например, сульфат, фумарат, глюконат)³¹. Преимущество такой формы микроэлемента в том, что она сразу всасывается в кишечнике путём **пассивного транспорта** без предварительного превращения. Это обеспечивает высокую биодоступность, меньшее количество побочных эффектов, а значит, высокую **комплаентность** и соблюдение курса приёма препарата. Помимо этого эффективная суточная доза — **100 мг**, при которой в первый месяц лечения всасывается до **14 мг** железа.

Важно отметить, что количество побочных эффектов возрастает при повышении разовой дозы, поэтому при плохой переносимости следует назначать не более **60 мг** раз.



Современные комплексные местные средства с антибиотиками широкого спектра действия можно назвать «оружием массового поражения», поскольку они активны в отношении многих патогенетически значимых возбудителей. Однако, уничтожая чужих, важно **не причинить вред своим**, а, наоборот, добиться восстановления и сохранения физиологического вагинального микробиоценоза влагалища. Верная тактика «военных действий» (то есть правильные лечебные стратегии) и надёжное «снаряжение» в виде эффективных препаратов помогут одержать победу в борьбе с инфекциями.

Тезис об **индивидуальном подходе** к каждой пациентке, вероятно, уже давно набил оскомину и воспринимается как банальный штамп, однако это ещё один важный нюанс терапии. Для адекватной оценки состояния женщины акушеру-гинекологу необходимо выслушать все жалобы, провести все необходимые исследования, обратить внимание на дефицит некоторых важных веществ (например, железа). И особенно если к специалисту на приём пришла беременная. **SP**

Дело в форме и содержании

В России представлен всего один лекарственный препарат, содержащий двухвалентное **железо в виде глюконата** (50 мг элементарного железа) в сочетании с медью (0,7 мг) и марганцем (1,33 мг) — «Тотема». Его назначают для лечения ЖДА у взрослых и детей с 3 мес, а также для профилактики дефицита железа в группах риска, например во время **беременности**.

Жидкая лекарственная форма (раствор для приёма внутрь в ампулах) обеспечивает максимальный контакт синергичных компонентов с абсорбирующей поверхностью кишечных ворсинок. Это способствует **быстрому повышению** уровня гемоглобина до целевых значений **уже через 2 нед** терапии. Применение жидкой формы мультиэлементного лекарственного средства позволяет использовать более низкие суточные дозы железа (100 мг) в сравнении с традиционной терапией сульфатом железа в дозе 200 мг в сутки без потери эффективности лечения²⁷.

Стоит также отметить **хорошую переносимость** лекарственного средства по сравнению с таблетированными препаратами Fe²⁺, что обеспечивает высокую приверженность пациенток курсовому лечению ЖДА. Нередко при назначении препаратов железа возникают нежелательные **диспептические явления** (тошнота, боль в эпигастриальной области, запор). И в этой связи **жидкие лекарственные формы** имеют значительные преимущества. Кроме быстрого достижения терапевтического эффекта за счёт высокой скорости всасывания, питьевой раствор равномерно распределяется по слизистой оболочке, создавая меньшие локальные концентрации элемента, значительно улучшая переносимость и вызывая меньше побочных эффектов со стороны пищеварительного тракта²⁸. К тому же «Тотема» в 19 раз реже вызывает запоры, чем препараты сульфата железа²⁸. В состав средства входит глицерол, оказывающий **мягкое слабительное действие** в прямой кишке, способствуя эвакуационной перистальтике.

Библиографию см. на с. 122–126.