

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

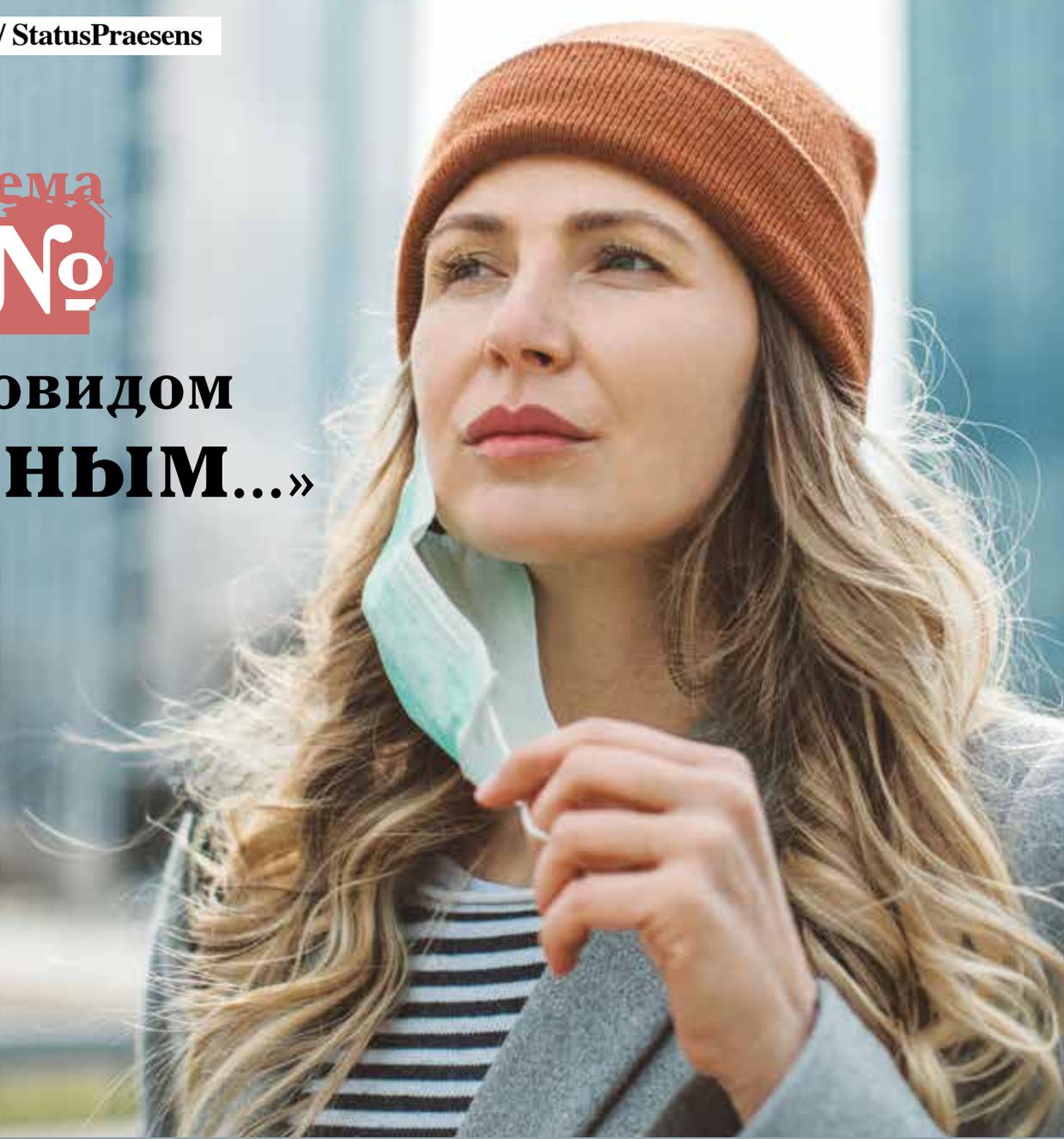
Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#1 [75] 03 / 2021 / StatusPraesens

тема
№

**«Не ковидом
единым...»**



Печальные итоги коронавируса: отказ от материнства и «параллельная пандемия» психических расстройств • Памятка для пациенток: проект «SMART-материнство» • Вторичная профилактика РШМ: ищем скрытые резервы снижения заболеваемости и смертности • Дефицит прогестерона как следствие стресса из-за «кражи прегненолона» • Микробная «подпись» абдоминальных родов: миф или реальность?



Дорогие коллеги!

Непростым оказался 2020 год для всего мира, но особенно тревожно, что он продемонстрировал перспективу серьезных **демографических проблем в России** и в мире. Принятые социально-экономические и другие меры — материальная поддержка семей, материнский капитал, строительство перинатальных центров, развитие вспомогательных репродуктивных технологий — сыграли свою положительную роль в обеспечении демографических ресурсов, но в целом **исчерпали возможности** в качестве средств дальнейшей стимуляции рождаемости.

Современное акушерство больше не исключительная прерогатива службы родовспоможения. С сожалением приходится признать, что у нынешних пациенток существенно **возросла** частота экстрагенитальных заболеваний, в том числе болезней эндокринной и мочеполовой систем, увеличилось количество ВИЧ-инфицированных, что, конечно же, не может не сказаться на показателях **осложнений гестации и здоровье новорожденных**. В структуре материнской смертности в Российской Федерации такие привычные акушерские причины, как кровотечение, эклампсия и сепсис, ушли на второй, третий планы, уступив **лидерство** соматическим патологическим состояниям. Анализ причин перинатальной смертности также показывает возросшую роль заболеваний внутренних органов у женщин.

Для достижения успехов в диагностике, лечении и профилактике жизнеугрожающих состояний при экстрагенитальных заболеваниях в период беременности и родов необходимо **комплексное** использование современных медицинских технологий с учётом индивидуальных особенностей женщины. Важное значение имеет **междисциплинарный подход** к ведению больных, предусматривающий участие и взаимодействие врачей многих специальностей, что позволяет обеспечить лучший конечный результат. Всё предельно просто и максимально эффективно: только **слаженная работа команды** медиков над проблемами конкретной пациентки решает главную **стратегическую задачу** — дальнейшее снижение материнской и детской смертности, что соответствует целям национального проекта «Демография».

Директор
Московского областного НИИ
акушерства и гинекологии,
докт. мед. наук, проф. В.А. Петрухин

Statuus

гинекология акушерство

#1 [75] 03 / 2021 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева,
Мария Викторовна Кириченко, Ольга Викторовна Еремеева
Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев,
канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Мила Мартынова,
Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва, Полина Солтыс
Препресс-директор: Нелли Демкова
Руководитель группы дизайна: Абдулатип Латипов
Выпускающие редакторы: Елена Давыдова, Надежда Маркова
Вёрстка: Юлия Скучоткина, Галина Калинина, Елена Григорьева, Дмитрий Амплеев
Инфографика: Лина Тавдумадзе, Абдулатип Латипов, Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шibaева
Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская, Ника Кушнарченко
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Отдел продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» [105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1]. Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» [105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3] / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС: 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 9 марта 2021 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print.ru. Заказ №Ф1278/21 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумадзе. Фото на обложке: © sveikid / Коллекция/iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock/ fotodom, iStock, ТАСС-фото.

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

maesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский 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

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

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

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

-
- 7** СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА **Меняется всё в наш век перемен**
Член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о нововведениях 2021 года, целях и задачах медицинского сообщества
-
- 10** НОВОСТИ
-
- 13** ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ **«Спокойствие, только спокойствие...»**
Интервью с доц. кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова Иваном Олеговичем Печереем
Иванов А.В.
-
- 19** VIA SCIENTIARUM **Угрозы нашего времени**
Гормональная контрацепция в период COVID-19
Бибнева Т.Н., Раевская О.А.

Согласно прогнозам Фонда ООН в области народонаселения, результатом пандемии COVID-19 станут около 7 млн незапланированных беременностей во всём мире. Итогом может быть рост количества медицинских абортотв, недопустимый в ситуации, когда есть все возможности, чтобы этого избежать — при грамотной подсказке акушеров-гинекологов, разумеется.
-
- 25** ЛЕХТ-ПРОСВЕТ **Самые ранние сроки**
Поддержка лютеиновой фазы в циклах вспомогательных репродуктивных технологий
Тапильская Н.И., Гзгзян А.М., Обьедкова К.В., Дьяконов С.А.
-
- 34** **Беспокоясь о будущем**
Пост-освещение инфосессий «SMART-материнство»
-
- 43** РАБОТА НАД ОШИБКАМИ **РШМ: формула защиты**
Современные подходы к вторичной профилактике цервикального рака
Хрянин А.А.

Известно, что персистенция высокоонкогенных типов ВПЧ — необходимое и абсолютное условие для злокачественной трансформации шейки матки. Однако достаточно ли сил у ВПЧ «в одиночку» инициировать РШМ? С позиции клинической иммунологии клеточная трансформация эпителия при ПВИ происходит на фоне иммунодефицитного состояния, а для реализации онкопроцесса необходимы гиперэкспрессия протоонкогенов и угнетение супрессоров опухолей.
-

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

-
- 51** CONTRA-VERSION **Кесарево без микробной «подписи»**
Микробиота влагалища и эндометрия у перво- и повторнобеременных, родоразрешённых абдоминально
Набока Ю.Л., Рымашевский А.Н., Белоглазова Н.Н., Никитина Е.С.
- Рост частоты кесаревых сечений в России перестал влиять на перинатальную и материнскую смертность. Связь с перинатальными потерями сохранена только в учреждениях III уровня. За 20 лет доля абдоминальных родоразрешений возросла в 1,5 раза, а перинатальные потери снизились только на 5%. Да и это снижение связывают с совершенствованием неонатальных технологий и работой реаниматологов, а не с заслугами акушеров-гинекологов.
-
- 57** BACK-UP **Приговорённые к боли**
Грани инфильтративного эндометриоза: от патогенеза к эффективной терапии
Оразов М.Р., Краснопольская К.В., Михалёва Л.М., Бекулова М.А.
-
- 67** ИНСТРУМЕНТАРИЙ **Доказательная фитотерапия. Продолжение**
Циклодинон. Руководство продвинутого пользователя (доcье)
- 72** **О связи факторов и событий**
Статистический анализ медико-биологических данных. Часть I
Гончаревская З.Л., Москвичёва В.С.
-
- 77** ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ **Беременность в тревожное время**
Есть ли связь между COVID-19 и железодефицитной анемией?
Синчихин С.П.
- Высокая контагиозность и трудности в управляемости респираторными заболеваниями вирусной этиологии способствовали быстрому распространению новой коронавирусной инфекции во всём мире. Через год после появления первого пациента с COVID-19 общее количество инфицированных вирусом SARS-CoV-2 превысило 115 млн человек. В некоторых регионах встречаемость заболевания у беременных значительно выше, чем в общей популяции.
-
- 83** ОПЕРАЦИОННАЯ **Кесарево решение**
Пути снижения частоты абдоминальных родов
Волков Р.В.
-
- 88** ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

МЕНЯЕТСЯ ВСЁ В НАШ ВЕК ПЕРЕМЕН

Член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о нововведениях 2021 года,
целях и задачах медицинского сообщества



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

Эксперты международной аудиторской компании Deloitte не так давно опубликовали аналитический отчёт с говорящим названием «Открывая горизонт в будущее», в котором представили прогноз развития медико-биологических наук и здравоохранения до 2025 года¹. С учётом влияния пандемии на общество в целом и медицину в частности исследователи выделили ряд основных трендов, вносящих коррективы в работу каждого специалиста.

Так, к 2025 году большинство людей отдадут предпочтение активной профилактике хронических заболеваний, опираясь на персонализированные рекомендации врачей, используя специальные приложения и гаджеты. Кроме того, эксперты предостерегают всё большую вовлечённость людей в программы активного долголетия. Приоритетным направлением станет общественное здоровье. В отчёте также выделено, что к указанному периоду медицину в целом ожидает смена парадигмы в сторону предиктивной, превентивной, персонализированной, основанной на взаимодействии всех участников лечебного процесса.

Нас всех ждёт эра автоматизации и цифровизации, а в процессе обучения специалистов будут максимально задействованы симуляторы, технологии виртуальной реальности и междисциплинарный подход. Изменения ожидаются и в сфере маршрутизации, которая должна стать оптимальнее, а развитие телекоммуникаций позволит оперативно реагировать на состояние здоровья пациентов, в каком бы удалённом уголке страны они ни находились. Словом, будущее, причём не такое далёкое, вырисовывается вполне оптимистичным. Однако путь к нему вряд ли будет простым.

Отдавая должное планам и прогнозам на перспективу, всё же нужно чётко понимать, в каких обстоятельствах мы работаем сейчас, ведь все перемены дня завтрашнего начинаются сегодня. И тут, конечно, ещё раз следует упомянуть новый Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи² — «дорожную карту» отрасли на ближайшее время. В публикациях этого и других вы-

[Устаревшая практика повышения профессионального уровня врача с помощью простого прослушивания курса лекций (зачастую созданных ещё много лет назад и не обновляемых) должна уйти в прошлое.]

пусков журнала, в докладах спикеров на многочисленных конференциях мы в деталях разберём все нюансы практического применения этого приказа.

В феврале текущего года Минздрав РФ выпустил ещё два важных документа, регламентирующих вопросы аттестации медицинских специалистов³ и аккредитации после завершения клинической ординатуры⁴. Они существенно изменяют систему повышения квалификации, начиная с момента получения диплома и на протяжении дальнейшей жизни.

Это ещё одна попытка добиться той системы последипломного образования, которая, в отличие от 40 последних лет, не только включает теоретическое изучение новых профессиональных материалов (что крайне важно), но и предусматривает постепенный переход на иной путь повышения квалификации — непосредственно на рабочих местах.

[Постоянно растущая доказательная база исследований может в корне изменить текущие представления. Однако новое и доказанное иногда не успевает оказаться на страницах клинических рекомендаций.]

И не важно, где будут создаваться эти рабочие места — при крупных клиниках или, наоборот, когда преподаватели, владеющие необходимыми технологиями, будут приезжать в центральную, районную городскую или областную больницу. С помощью этого нововведения устаревшая практика повышения профессионального уровня врача с помощью простого прослушивания курса лекций (зачастую созданных ещё много лет назад и не обновляемых) должна уйти в прошлое. Жизнь диктует необходимость постоянной актуализации знаний специалистов, использования новых технологий обучения и отработки практических навыков.



В зоне особого внимания каждого врача сегодня, конечно, клинические рекомендации. С момента утверждения поправок президента страны в федеральный закон, придавшего протоко-

лам новый статус, прошло 2 года. Мы видим мощную работу профессионального сообщества по пересмотру ранее составленных документов, созданию новых — активный процесс, сопровождающийся бурными дискуссиями специалистов на разных уровнях. Время, данное нам всем на раскачку и подготовку документов, стремительно истекает 31 декабря 2021 года. Не успевшие к «часу икс» попадут в очень тяжёлое положение.

Докональное изучение утверждённых рекомендаций также должно стать необходимым элементом системы повышения квалификации врачей. Увы, до сих пор не определено, что будет лежать в основе набора необходимых фрагментов, которые должен освоить теоретически и на практике специалист, претендующий на категорию и проходящий регулярную аккредитацию, — эта часть чрезвычайно сложной работы пока не завершена.

Как же быть, как не утонуть в таком море информации? Ещё раз призываю всех активно изучать и применять клинические рекомендации и нормативные документы. В свете сложившейся ситуации не могу не отдать должное создателям уникального интернет-ресурса SPNavigator, которые вооружили врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров страны удобным рабочим инструментом, доступным с любого электронного носителя в любой точке России 24 ч в сутки. Достаточно пары движений, чтобы на экране появились актуальные клинические рекомендации, практические статьи и другая полезная для ежедневной работы врача информация.

Однако клинические рекомендации — не всегда панацея. Опыт показывает, что события в медицине меняются очень быстро, как картинка в калейдоскопе. Постоянно растущая доказательная база исследований с хо-

рошим дизайном нередко может в корне изменить текущие представления, прописанные в протоколах. Порой новое, прогрессивное и доказанное просто не успевает оказаться на страницах регламентирующих документов. Исходя из этого наблюдения, редакционная команда готовит каждую публикацию с оглядкой на незыблемые постулаты и научные находки, которые можно использовать в работе, стараясь найти баланс между правовым полем и клинической разумностью.



Юридическая уязвимость врачей — ещё один неблагоприятный тренд современного общества. Как это часто бывает, у медали две стороны. С одной — наученные законниками пациенты, с другой — юридически безграмотные медики.

Увы, далеко не все врачи понимают, что назначение любого препарата, которым они пользуются в течение 20 лет, а то и более, может иметь весьма печальные правовые последствия. Опыт применения лекарственных средств, конечно, имеет значение, но вот соответствие инструкции и врачебных назначений — сегодня один из критериев оценки качества оказания медицинской помощи.

К сожалению, мы нередко наблюдаем, как отсутствие показаний в инструкции становится основанием для предъявления специалисту различных юридических исков. Между тем это статья о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей, которое квалифицируют в зависимости от тяжести наступивших последствий. Причём практика показывает, что такого рода последствия далеко не всегда имеют непосредственную связь с лекарственной терапией, но это не мешает обвинить врача и даже осудить его вплоть до лишения свободы. Вот правовая основа нашей деятельности, которая изменилась буквально на наших глазах. И это тоже необходимый компонент повышения квалификации, а вместе с этим самооценки и реальных возможностей наших коллег-врачей. Один из способов обезопасить себя от претензий, которые всё чаще и чаще предъявляют нам пациенты, а зачастую их адвокаты, — обновление знаний на школах юридической

самообороны, конференциях, вебинарах, чтение тематических публикаций по правовому просвещению.



Одна из форм **компромисса** между инструкцией и реальной клинической практикой указана в действующем федеральном законе, регламентирующем оказание медицинской помощи гражданам страны⁵. Согласно этому документу, расширение показаний к использованию того или иного препарата допустимо, но должно быть подтверждено **информированным согласием** больной. Подчеркну два пункта — «информированное» и «согласие». И тут важно понимать, что медицинский патернализм больше не работает: **врач — не учитель**, не родитель, не начальник, он советчик. Именно поэтому пациентке должна быть предоставлена и разъяснена вся информация, в том числе о возможных рисках терапии. И только женщина может принять решение о применении лекарства вне рамок утверждённой инструкции.

Здесь очень важно, чтобы врач **владел всей полнотой данных**. Большинство публикаций этого выпуска как раз ярко демонстрируют данный постулат. Вот лишь некоторые из тем, затронутых авторами журнала, название которого как никогда лучше соответствует духу времени — «**Не ковидом единым...**».

Можно ли назначать гормональную контрацепцию в период пандемии COVID-19? Как принимать препараты? Что об этом говорят эксперты ВОЗ? Проблема **реализации репродуктивных планов** вообще в этот период для многих оказалась сродни гамлетовскому «быть или не быть?».

Один из вопросов, широко обсуждаемых до сих пор, — **возможности антенатальной** терапии. Ещё в 1999 году на 14-м Конгрессе Европейской ассоциации акушеров-гинекологов (EAGO) в Гренаде первое пленарное заседание

[**Юридическая уязвимость врачей — ещё один неблагоприятный тренд. Как это часто бывает, у медали две стороны. С одной — наученные законниками пациенты, с другой — юридически безграмотные медики.]**

было так и названо: «Почему антенатальные мероприятия дают меньший эффект, чем мы рассчитываем?» Ответ оказался весьма чётким — потому что лечебные мероприятия **начинают слишком поздно**, а средств реального воздействия на уже сформированную фетоплацентарную систему нигде в мире не существует. Именно поэтому сегодня весь мир сконцентрирован на максимально полном использовании программ **прегравидарной подготовки**. Одна из публикаций выпуска — как раз об этом.

Логичным продолжением данной работы можно считать ликвидацию фолатного дефицита и анемизирующего синдрома, в том числе и в рамках прегравидарной подготовки. Три года ВОЗ неустанно твердит о необходимости ежегодного 3-месячного курса приёма препаратов железа всеми женщинами репродуктивного возраста с целью профилактики анемии. Увы, достичь этого пока не получилось, но это не означает, что мы бессильны перед настоящей задачей.

В последнее время практикующие врачи столкнулись с неожиданным явлением: использование программ ВРТ, в частности ЭКО, порой **буксует из-за несостоятельности** эндометрия. Вообще эндометриопатии в XXI веке смело можно отнести к разряду нерешённых и, увы, нерешаемых современными методами проблем. Как можно помочь пациентке? Обсудим.

За последнее десятилетие изменились наши представления о **микробиоме**. Мы отошли от стремления к «абсолютной чистоте» влагалища и «лечения анализов», приняли как данность факт, что микробиом человека огромен, по-

лезен и неистребим. Возможно, именно ему принадлежит **главная роль в гомеостазе** организма.

Однако «белых пятен» ещё много. Возросшая в 3 раза в 2020 году материнская смертность от послеродовых септических осложнений (не связанных с COVID-19) — это грязные руки в эпоху антибиотикорезистентности, атактистическая, ни на чём не основанная вера в какие-то «новые» антибиотики без осознания того, что их нет и не будет в ближайшие годы или десятилетия.

Мы не задумываемся и о более простых вопросах... Меняется ли микрофлора эндометрия после кесарева сечения? Влияют ли микроорганизмы влагалища и шейки матки на риск септических осложнений или микрофлора кариозного зуба имеет большее причинное значение? Нужно ли стремиться к сокращению оперативных родов во что бы то ни стало? Читайте в текущем выпуске.



Я перечислил **животрепещущие проблемы**, ежедневно стоящие перед каждым практикующим акушером-гинекологом. На пути решения перечисленных вопросов хочу пожелать всем коллегам не просто успехов и удачи, а глубокого освоения того материала, который приносит с собой каждый выпуск журнала StatusPraesens. Именно это издание по результатам исследования Medi-Q™ «Мнение практикующих врачей», проведённого компанией ООО «Ипсос Комкон» осенью 2020 года в 21 крупнейшем городе России, занимает **1-е место** среди специализированных изданий, его **читают 60,6%** акушеров-гинекологов. Приятно осознавать, что наш **клуб единомышленников** постоянно растёт. Здоровья и оптимизма всем! 

[**Возросшая материнская смертность от послеродовых септических осложнений — это грязные руки в эпоху антибиотикорезистентности, атактистическая, ни на чём не основанная вера в какие-то «новые» антибиотики.]**

Библиографию см. на с. 88–94.

кесарево без микробной «ПОДПИСИ»

Микробиота влагалища и эндометрия у перво- и повторнобеременных,
родоразрешённых абдоминально



Авторы: Юлия Лазаревна **Набока**, докт. мед. наук, доц., зав. кафедрой микробиологии и вирусологии №1 РостГМУ; Александр Николаевич **Рымашевский**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 того же вуза; Наталья Николаевна **Белоглазова**, ассистент кафедры микробиологии и вирусологии №1 того же вуза; Екатерина Сергеевна **Никитина**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 того же вуза (Ростов-на-Дону)

Копирайтинг: Юлия Бриль

Одно из важных следствий грандиозной по масштабу работы «Микробиом человека» (Human microbiome project) — окончательное понимание, что безмикробных зон в нашем организме практически не существует. Как на карту мира сегодня поставлены «флажки» о **заселении** «микрожителями» тех локусов тела, которые многие десятилетия считали стерильными. Постулат о «безмикробном оазисе» в **маточно-плацентарном комплексе** у здоровой беременной тоже оказался опровергнут. В плаценте были **верифицированы ДНК различных бактерий**, а в ряде исследований в околоплодных водах при нормально протекающей гестации обнаружены микроорганизмы¹⁻⁹, многие из которых обитают во влагалище, ротовой полости, ЖКТ и дыхательных путях*.

Однако «белые пятна» в нашем понимании взаимодействия человека и бактерий всё ещё есть, и многие вопросы не имеют однозначных ответов. В частности, как меняется микробиом репродуктивного тракта после **кесарева сечения (КС)**? Собственные клинические наблюдения авторов представлены в настоящей статье.

Понимание характера изменений микробиоты после КС чрезвычайно важно для клиницистов. В России около 30% родов завершаются абдоминально — это огромное число женщин,

ведение которых, возможно, требует особой «инфекционной настороженности» не только в ближайшем после операции периоде, но и при следующей беременности.

* Тем не менее единодушия по этому вопросу всё ещё нет, и подтвердить наличие микробиома в плаценте в некоторых работах не удалось^{10,11}.

Неисполнимый завет

ВОЗ декларирует, что 10–15% КС в общей структуре родов — оптимальная частота, которая позволяет **максимально снизить** материнскую и младенческую **смертность** от причин, преодолимых абдоминальным родоразрешением. Дальнейшее повышение распространённости КС не оказывает существенного влияния на фатальные исходы. Однако в России уровень КС **в разы выше** планки, рекомендуемой экспертами ВОЗ.

Сократить частоту КС, максимально используя при этом весь их защитный потенциал, — достойная цель для всей отечественной системы родовспоможения, но практикующим врачам «идеал» в 10–15% кажется **абсолютно недостижимым**. И на то есть веские причины.

[Некоторые врачи формулируют для КС чисто номинальные показания, результатом чего становится очередной рубец на матке, который практически предопределяет способ следующего родоразрешения.]

В обозримом будущем **возраст** первородящих вряд ли снизится, беременные не станут здоровее, число **факторов риска акушерских осложнений** тоже не уменьшится. Поддерживают тренд на рост КС текущие социальные реалии, когда женщины и их родственники яростно отстаивают (в том числе перед президентом и в суде) своё формальное право на КС «по требованию». Несмотря на «нелегитимность» таких вмешательств, некоторые врачи соглашаются с позицией пациентки и формулируют для КС чисто **номинальные показания** — такие ситуации бывали раньше, есть сейчас, и вряд ли их удастся избежать в будущем. Что мы получаем «на выходе»? Очередной **рубец на матке**, который практически предопределяет способ следующего родоразрешения и гарантирует очередную монету в копилку статистики абдоминальных родов.

Лучшее, на что мы можем рассчитывать, — это хотя бы сохранение текущего показателя КС без дальнейшего роста. И раз уж почти каждые третьи роды проходят абдоминально, а шансов на существенное снижение показателя

не так уж и много, необходимо максимально изучить влияние КС на организм женщины.

Большой интерес представляют «**микробиологические**» аспекты абдоминального родоразрешения. Специалистам необходимо оценить, как КС влияет на недавно открытый **микриом матки**, и выяснить, ассоциирована ли стандартная противомикробная терапия после КС с ростом **антибиотикорезистентности**, а также определить, какие бактерии обладают наибольшим потенциалом в отношении **послеоперационных осложнений**.

Прояснение всех этих вопросов поможет врачам в выборе оптимальной тактики лечения и профилактики инфекционно-воспалительных осложнений. Работа в этом направлении уже началась.

Микробные связи: всё сложно

От состояния биотопа генитального тракта во многом зависит **течение послеродового периода**¹². Так, у пациенток с различными комбинациями условно-патогенных микроорганизмов эндометрит развивается в 1,7 раза чаще, чем у женщин без такого «бактериального багажа»¹³. При обнаружении факультативных патогенов в нижнем сегменте матки во время абдоминального родоразрешения можно сделать прогноз об их присутствии в эндометрии после родов¹⁴. Одна из причин этих закономерностей — **изменения в иммунном статусе** беременных и родильниц, которые могут создать благоприятные условия для **активации условных патогенов** при абдоминальном родоразрешении и дальнейшего формирования **инфекционно-воспалительных осложнений**^{15–19}.

Состав вагинальной микробиоты будущей матери более стабилен, чем у небеременной женщины. В нескольких исследованиях показано, что во время

гестации **микриомом влагалища** с прекоцепционным доминированием *Lactobacillus* может **изменяться в зависимости от срока**²⁰, при этом молочнокислые палочки, как правило, сохраняют своё привилегированное положение²¹. Изменения в составе микрофлоры обычно связаны с меньшими гормональными колебаниями в гравидарном периоде, снижением сексуальной активности или выработки вагинального секрета⁵.

В плацентарной ткани обнаруживают микроорганизмы из влагалища, ротовой полости и желудочно-кишечного тракта, такие как *Enterobacteriaceae*. **Иммунная толерантность** облегчает **транслокацию бактерий** из пищеварительной системы и других органов в кровотоки и в полость матки²². Инвазия плацентарного комплекса некоммунальными микроорганизмами ассоциирована с **материнской и неонатальной заболеваемостью**: в исследованиях показана связь с невынашиванием беременности, хориоамнионитом, преждевременным разрывом плодных оболочек, преждевременными родами и мертворождением^{3,23}.

При **осложнённом течении** гестации и родов **анаэробные микробы преобладают** над *Lactobacillus*. В плацентах женщин, родивших преждевременно, обнаружено большее количество *Prevotella*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella*, *Mobiluncus* и *Mycoplasma spp.* Виды *Streptococcus agalactiae*, *Fusobacterium nucleatum* и *Ureaplasma parvum* чаще регистрируют у пациенток с хориоамнионитом^{20,22}. Вне внутриутробной среды эти микроорганизмы отличаются **низкой вирулентностью**. Например, *F. nucleatum* безобидно для человека проживает в слизистой оболочке ротовой полости, но при **гематогенном распространении в матку** эта бактерия может изменить эндотелиальную **проницаемость сосудистой сети** плаценты, **облегчив тем самым проникновение патогенных для этого локуса** микроорганизмов, включая *Escherichia coli*^{5,20}.

Описаны также резкие изменения в составе кишечной микрофлоры у беременных с I до III триместра: увеличивается содержание протео- и актинобактерий и одновременно снижается количество лактобацилл⁵. Такая изменённая микрофлора может гематогенным путём достичь матки и проникнуть в амниотическую жидкость и плацентарную ткань,

создав **провоспалительную среду**. При этом патогены, не принадлежащие к «обычной» микробиоте влагалища, более активны в инициации воспаления, влияющего на плод и хориодецидуальные ткани. Вторичная внутриамниотическая инфекция, вызванная микроорганизмами «невагинального происхождения», запускает воспалительный каскад со значительным выбросом простагландинов, металлопротеиназ и провоспалительных цитокинов, которые способствуют **сократительной активности** матки и снижению количества **цервикального коллагена**⁵.

В 2020 году были опубликованы результаты наблюдения израильских специалистов²⁴. В 10,7% плацент были обнаружены **патогенные микроорганизмы**. Наиболее частые находки — *E. coli* (41% всех «контаминированных») и стрептококк группы В.

- Разницы между результатами анализа материала, полученного при плановом и экстренном абдоминальном родоразрешении, не обнаружили.
- Доля положительных посевов была выше при срочных родах, чем при преждевременных (17,5 vs 10,5% соответственно).
- У восьми женщин (9,1%) с положительным анализом на патогены зарегистрировали послеродовую лихорадку, причём всех этих пациенток родоразрешили экстренно²⁴.

Специалисты из Бельгии оценили воздействие КС на **микробиом кишечника младенцев**. Проанализировав результаты 60 научных работ, авторы заключили, что абдоминальные роды прямо коррелируют с кишечным дисбиозом новорождённых, что, возможно, отрицательно влияет на их здоровье. Одной из причин исследователи называют **введение антибактериальных средств** во время операции, но высказывают предположение, что грудное вскармливание, добавление про-, пре- и синбиотиков могут способствовать восстановлению баланса в биотопе²⁵.

Исследований о микробиоме эндометрия, а также о его связи с биотой влагалища у женщин, перенёсших КС, по-прежнему крайне мало. Изучение этого вопроса важно не только с позиций **научной новизны**, но и с **практической** точки зрения: детальная **расшифровка** структуры возможных возбудителей послеоперационных осложнений позволит назначать

антибактериальную терапию с максимально точным попаданием в этиологическую цель. В Ростове-на-Дону на базе акушерского отделения городской больницы №1 им. Н.А. Семашко изучили микробиоту заднего свода влагалища и эндометрия у первобеременных и пациенток с рубцом на матке, родоразрешённых абдоминально.

Микробы «в запасе»

В исследование включили 102 женщин, родоразрешённых **в плановом порядке** путём КС. Из них сформировали две группы: первая (n=50) — первобеременные с показаниями к плановому КС (анатомически узкий таз, заболевания органов зрения); вторая (n=52) — пов-

торнобеременные с рубцом на матке после предшествующих абдоминальных родов. Всем пациенткам выполнили **комплекс исследований**²⁶:

- общеклиническое;
- акушерско-гинекологическое;
- микробиологическое;
- биохимическое.

Для анализа получали отделяемое заднего свода влагалища (за **4–5 дней** до КС) и участки эндометрия (интраоперационно). Результаты бактериологического исследования пациенток оценивали **количественно** (по концентрациям) и **качественно** (по встречаемости).

Логично предположить, что качественный и количественный состав микробиоты матки отличается от такового во влагалище и цервикальном канале, и весьма существенно. Это обстоятель-



© Image Source / Konnexer/Stock

[Абдоминальные роды прямо коррелируют с кишечным дисбиозом новорождённых, что отрицательно влияет на их здоровье. Одной из причин считают введение антибактериальных средств во время операции.]

ство обусловлено тем, что помимо **восходящего транспорта** микроорганизмов возможна их **гематогенная транслокация** из желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и других систем^{7,8,27}.

В нашей работе при бактериологическом исследовании отделяемого **заднего свода влагалища** были получены следующие результаты.

- *Lactobacillus spp.* — **основные симбионты** влагалищного биотопа.
- Достоверных отличий по частоте обнаружения *Bifidobacterium spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Peptococcus spp.* и *Bacteroides spp.* не обнаружено.
- В числе **факультативных анаэробов** в обеих группах доминировали коагулазонегативные стафилококки (56 и 76,9% соответственно).

[**Состав микробиоты матки отличается от такового во влагалище и цервикальном канале: помимо восходящего транспорта микроорганизмов возможна их гематогенная транслокация из ЖКТ и других систем.**]

- Почти с одинаковой частотой регистрировали *Corynebacterium spp.* (34 и 42,3% соответственно), *Streptococcus spp.* (32 и 38,5% соответственно), *E. coli* (16 и 11,5% соответственно), дрожжеподобные грибы рода *Candida* (24 и 19,2% соответственно).
- *Klebsiella spp.* обнаруживали только в первой группе (4%), *Hafnia alvei* — только во второй (3,8%).
- Из **неклострициальных анаэробов** в обеих группах преобладали *Eubacterium spp.* (80,6 и 92,3% соответственно).
- *Peptostreptococcus spp.* значительно чаще выявляли у представительниц второй группы (69,2%), чем в первой (48%).
- Количественные характеристики микробиоты в обеих группах значимо не различались.

В целом микробиота вагинального биотопа у перво- и повторнородящих была **аналогична**. Однако у повторнородящих в отделяемом заднего свода влагалища достоверно чаще, чем у первородящих, регистрировали коагулазонегативные стафилококки,

Peptostreptococcus spp., *Lactobacillus spp.* Доминирование последних у женщин первой группы в отделяемом заднего свода влагалища регистрировали реже (28%), чем во второй (42,3%), но ни одна из участниц наблюдения не предъявляла никаких жалоб. Этот факт подтверждает, что даже **низко- и безлактобациллярный** тип сообщества может быть вполне **физиологическим**, а решение о тактике ведения пациентки нужно принимать с учётом клинической картины, избегая «лечения анализов».

При бактериологическом исследовании **эндометрии** отмечены следующие особенности.

- Рост микроорганизмов **не удалось выявить** у 12% участниц первой группы и у 7,7% — второй.

Только в первой группе регистрировали *Klebsiella spp.*, *Enterococcus faecalis* и *E. coli*, только во второй — дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

- У всех беременных в числе **факультативных анаэробов** доминировали коагулазонегативные стафилококки (44 и 88,5% в первой и второй группах соответственно).
- Из коагулазонегативных стафилококков в первой группе идентифицировали *S. epidermidis* (24%), *S. lugdunensis* (8%), *S. hominis*, *S. xylosus*, *S. simulans* (по 4%); во второй — *S. epidermidis* (42,3%), *S. lugdunensis* (23,1%), *S. xylosus* (11,5%), *S. pasteurii* (7,7%) и *S. simulans* (3,8%); как и во влагалище, «лидером» из стафилококков был эпидермальный.
- Из **неклострициальных анаэробов** обнаруживали *Propionibacterium spp.*, *Eubacterium spp.*, чаще у первородящих.
- В **эндометрии** женщин первой группы реже выявляли коагулазонегативные стафилококки, *Corynebacterium spp.*, *E. coli*, *S. aureus*, *Eubacterium*

*spp.**, *Peptostreptococcus spp.*; чаще — *Klebsiella spp.*

- **Количественные характеристики** микроорганизмов, верифицированных в **эндометрии** перво- и повторнородящих, значимо **не отличались**.

У **первородящих** только во **влагалище** детектировали *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Candida spp.*, *Peptococcus spp.* и *Bacteroides spp.*, **только в эндометрии** — *Bacillus spp.*, *Enterococcus faecalis*. В слизистой оболочке матки **повторнородящих** по сравнению с вагинальным отделяемым реже обнаруживали *Corynebacterium spp.*, *Candida spp.*, *Eubacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Streptococcus spp.*, *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Peptococcus spp.* При этом *Bacteroides spp.* регистрировали только в вагинальной среде, а *Bacillus spp.* — только в **эндометрии**. Однако во второй группе частота выявления коагулазонегативных стафилококков была выше в **эндометрии**, чем во **влагалище**.

Во **влагалище** и **эндометрии** **одновременно** обнаруживали *Corynebacterium spp.* и *S. epidermidis*, *E. coli* и *S. epidermidis*, *Peptostreptococcus spp.* и *S. aureus*. Выявленные корреляции между вагинальной и **эндометриальной** микробиотами лишней раз свидетельствуют о **взаимосвязи этих локусов**.

Ограничения и достижения

Верификация разнообразных видов микроорганизмов в **эндометрии** подтверждает **нестерильность** этого локуса. Важно отметить, что ни у одной из участниц нашего наблюдения не зарегистрировали инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде — обнаруженные в **эндометрии** условно-патогенные микроорганизмы не стали их инициаторами.

Можно предположить, что паттерн микробиоты в слизистой оболочке матки гораздо шире, и **современные методики**

* *Eubacterium spp.* — грамположительные палочки с жёсткой клеточной стенкой, облигатные анаэробы, в норме образующие микрофлору кишечника, но могут быть обнаружены в генитальном тракте.

индикации микроорганизмов (в частности, метагеномный анализ и др.) позволили бы определить намного больше их фило-типов. Однако эти способы со всеми своими преимуществами в настоящее время **малодоступны** не только в рутинной практике, но и для ряда научных исследований.

Пока в своей работе мы сделали следующие выводы.

- У перво- и повторнобеременных вагинальные биотопы схожи по микробному составу.
- В эндометрии у участниц обеих групп среди факультативных анаэробов преобладают коагулазонегативные стафилококки, которые значимо чаще обнаруживают у повторнобеременных (88,5%). В группе первобеременных достоверно чаще выявляют неклостридиальных анаэробов, представленных тремя родами — *Propionibacterium spp.*, *Eubacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*
- Если в заднем своде влагалища и эндометрии обнаружены **идентичные** таксоны микроорганизмов, то в слизистой оболочке матки их значительно **меньше по количеству**.
- У первобеременных и повторнобеременных в локусе влагалище—эндометрий обнаружена выраженная корреляция между некоторыми родами/видами микробов.

Бесспорно, ограничениями описанного исследования можно считать однократное бактериологическое исследование материала перед родами. При этом **исходный микробный статус** участниц до гестации, а также в I и II триместрах **неизвестен**.

Однако на основании факта, что **выраженных различий** в обеих группах **не обнаружено**, можно сделать промежуточный вывод об отсутствии влияния предшествующего КС на состав микробиома матки. Чтобы окончательно прояснить этот аспект КС, необходимы дополнительные исследования. Будущие работы, на наш взгляд, должны быть направлены на более детальную **расшифровку микробиоты эндометрия**, а также на выявление **взаимосвязей** не только с влагалищным, но и с другими биотопами макроорганизма, поскольку на современном этапе уже нельзя рассматривать какой-либо биотоп изолированно, вне связи с другими.



Проект «Микробиом человека» заложил основу для множества исследований роли микроорганизмов в широчайшем спектре состояний здоровья и болезней. Но мы по-прежнему **слишком мало знаем** о наших микрососедах (или партнёрах?), о принципах формирования их сообществ, о способах экологичного взаимодействия с ними ради достижения общей цели — **гармоничного совместного проживания**.

Результаты нашей работы показали, что КС практически не влияет на микробный состав репродуктивного тракта. Впрочем, выявление большого количества видов бактерий в репродуктивной системе существенно затруднено из-за **сложностей культивирования**. Уверены, что эти препятствия будут преодолены, а текущие и будущие исследования микробиома вне и во время беременности у первородящих и женщин с рубцом на матке помогут лучше понять микробную составляющую **репродуктивной биологии человека**. **SP**

Библиографию см. на с. 88–94.



IMASTON ИМАСТОН

Уникальная комбинация **индол-3-карбинола и ресвератрола** для двойного контроля клеточной пролиферации и симптомов мастопатии.^{1–3}



Несколько механизмов онкопротективного действия.⁴



Негормональные компоненты в высокой дозировке.¹



reproduction.info
plan-baby.ru

СРП № RU.77.99.11.003.R.001995.07.20 от 15.07.2020 г. Реклама.
По данным ЮМА за 2020–2021 г.
¹ Rauf A., Jinran M., Butt M. S. et al. Resveratrol as an anti-cancer agent: A review. Crit Rev Food Sci Nutr. 2018 Jun; 13:5509:1428–1447.
² Зильмаринава Э. Т. и др. Индол-3-карбинол в лечении доброкачественных заболеваний молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. Фармакотерапия. – 2018. – № 3. – С. 50–54.
³ Успенская Ю. Б. Клинические эффекты ресвератрола (обзор литературы) // Гинекология. – 2014. – № 5.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ



О связи факторов и событий

Статистический анализ медико-биологических данных. Часть I



Авторы: Зоя Леонидовна **Гончаревская**, канд. мед. наук, доц., зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе ГКБ им. В.В. Виноградова; Виктория Сергеевна **Москвичёва**, StatusPraesens (Москва)

Профессия врача предполагает **постоянное обучение**, которое включает не только формирование клинического опыта и совершенствование практических навыков, но и поиск информации на разнообразных ресурсах, работу с международными базами данных, ознакомление и **критический анализ** научных работ, отслеживание актуальных версий нормативно-правовых документов и клинических рекомендаций.

После активной популяризации **доказательной медицины** стала очевидна необходимость не только пассивного чтения публикаций, но и самостоятельного анализа приведённых в них результатов. Авторы статей заинтересованы в представлении более «зрелищных» данных, убеждающих читателя в их достоверности, однако это не всегда коррелирует с **клинической значимостью** и может не в полной мере отражать истинное состояние проблемы, а иногда даже вводить в заблуждение. К сожалению, сами статистические методы нередко вызывают у врачей множество вопросов, что допускает возможность **манипулирования** их мнением и позволяет выдать желаемое за действительное.

Предлагаем вспомнить наиболее распространённые показатели, характеризующие **связи между факторами и исходами**, и разобрать их суть, чтобы при ознакомлении с очередным исследованием цифры и аббревиатуры не ускользали от внимания, а были подвергнуты осознанной критике.

В настоящее время существует несколько основных **типов исследований** в медицине: когортные, «случай—контроль», одномоментные (кросс-секционные) и рандомизированные клинические испытания (РКИ)¹. Вопросы, на которые они чаще всего должны ответить, — как исходы связаны с теми или иными факторами, каково их соотношение между собой, как предсказать событие на основе доступных данных. **Факторами** могут выступать как биологические параметры пациентов (возраст, паритет, концентрация гормонов), так и внешние воздействия (радиация, приём лекарственного средства, хирургическое вмешательство). Одна из наиболее распространённых характеристик связи — **риск**, под которым понимают вероятность наступления определённого исхода или события (болезни, осложнения). В зависимости от типа исследования и выборки (естественной — случайный отбор респондентов; или целевой — формирование групп по какому-либо заранее определённым принципам) могут быть рассчитаны следующие показатели.

Относительный риск

Относительный риск, ОР (relative risk, RR) — отношение риска наступления определённого события у лиц, подверженных воздействию какого-либо фактора (защитного фактора), к риску наступления этого события у лиц без воздействия изучаемого фактора. Его рассчитывают для всего исследования целиком.

Например, по итогам исследования, **ранняя менопауза** (до 45 лет) ассоциирована с повышенным риском стенокардии (ОР 1,5) и инсульта (ОР 1,23)². Напротив, у женщин со «**своевременной**» **менопаузой** (в 50–54 года) вероятность фатальной ишемической болезни сердца была **снижена на 13%** (ОР 0,87)².

[В исследованиях «случай—контроль» и РКИ целевая выборка не отражает истинное состояние популяции, так как её формируют по заранее заданным специальным признакам генеральной совокупности.]

[Естественная выборка, которую формируют для когортного исследования, отражает состояние всей популяции, поэтому можно рассчитать относительный риск и перенести выводы на всю популяцию.]

Естественная выборка в когортном исследовании отражает состояние всей популяции, поэтому можно рассчитать ОР и перенести выводы на всю популяцию. Часть выборки, на которую оказывают влияние, называют «экспонированной» фактором. Например, ОР 2,5 говорит о том, что наличие фактора риска увеличивает вероятность возникновения исхода (заболевания) в 2,5 раза³.

Некоторые авторы выделяют градацию ОР, так называемую «**силу ассоциации**», которая включает следующие диапазоны.

- 0,9–1,2 — отсутствие эффекта.
- 1,2–1,5 — слабая связь.
- 1,5–3,0 — умеренная связь.
- 3,0–10,0 — сильная связь.
- 10,0–40,0 — очень сильная связь.

В истории медицины известны даже примеры с **подавляющей силой связи** (ОР 40,0 и более). Например, при изучении влияния печально известного талидомида на развитие дефектов конечностей ОР достигал нескольких тысяч⁴.

Отношение шансов

Отношение шансов, ОШ (odds ratio, OR) позволяет определить, насколько отсутствие или наличие исхода связано с присутствием или отсутствием определённого фактора. Шанс — отношение вероятности того, что событие произойдёт (болезнь разовьётся), к вероятности того, что оно не произойдёт (болезнь не разовьётся). В исследованиях «случай—контроль» и РКИ **целевая выборка** не отражает истин-

ное состояние популяции, поскольку её формируют по заранее заданным специальным признакам генеральной совокупности, для них, как правило, не рассчитывают ОР. Однако в РКИ анализ зависит от того, получали ли все испытуемые предписанное лечение (воздействие) или данные оценивают по факту полученного воздействия. Во втором случае такое исследование относят к когортным. Таким образом, ОШ указывает, во сколько раз шанс заболеть в основной группе больше, чем в контрольной.

ОШ измеряют в **шкале отношений**. Исход скорее произойдёт в группе под воздействием фактора, чем в группе без воздействия фактора, если этот показатель больше единицы. Например, если ОШ 3, то исход в 3 раза более вероятен в группе под воздействием фактора, чем в группе, не подверженной его влиянию; если ОШ 1 и менее, то исход менее вероятен в исследуемой группе по сравнению с контрольной; при ОШ 1 фактор не ассоциирован с исходом.

Чтобы продемонстрировать, в чём **отличие шансов от вероятности** (риска заболевания), приведём несколько примеров.

Пример 1. Если в лотерею выигрывает один номер из четырёх, то шансы на победу составляют 1:3, а вероятность выигрыша — 25%.

Пример 2. Предположим, что в выборке из 100 мужчин 90 пили вино в течение предыдущей недели, а в выборке из 100 женщин — только 20 за аналогичный период времени (табл. 1).

Таблица 1. Употребление алкоголя в зависимости от пола

Пол	Пили	Не пили
Мужчины	a	b
Женщины	c	d

Примечание. Пусть a=90, b=10, c=20, d=80.

Шанс мужчины быть в группе употребивших вино 90:10 или 9:1, в то время как шанс женщины быть в этой же группе только 20:80 или 0,25:1. Таким образом, $OШ=9/0,25=36$ показывает, что мужчины склонны гораздо чаще пить вино, чем женщины. Поскольку у женщин, и мужчин в наблюдении было по 100 человек, $OP=90/20=4,5$.

Расчётные формулы

Для того чтобы наглядно представить расчётные формулы, разберём ещё один пример. В ходе кораблекрушения знаменитого «Титаника» погибло, по разным данным, от 1490 до 1635 человек⁵. Как известно, в начале эвакуации в шлюпки размещали только женщин и детей. Рассчитаем, какими были OP и $OШ$ для мужчин погибнуть в этой катастрофе (табл. 2, 3).

$$OP = \frac{\text{риск погибнуть у мужчин}}{\text{риск погибнуть у женщин}} = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

$$OШ = \frac{\text{шансы погибнуть у мужчин}}{\text{шансы погибнуть у женщин}} = \frac{a/b}{c/d} = ad/bc$$

Таблица 2. Вероятность смерти мужчин и женщин на «Титанике»

Пол	Умерли	Выжили	Риск
Мужчины	1364	367	1364/1731=0,79
Женщины	126	344	126/470=0,27

OP смерти мужчин по сравнению с женщинами составляет $0,79/0,27=2,93$.

Таблица 3. Шансы смерти среди мужчин и женщин на «Титанике»

Пол	Смерть	Выживаемость	Шансы
	π	$1-\pi$	
Мужчины	0,79	0,21	3,76
Женщины	0,27	0,73	0,37

Примечание: π — вероятность (риск) смерти.

Шансы рассчитаны по формуле: $\pi/1-\pi$. Таким образом, $OШ$ для мужчин составляет $3,76/0,37=10,16$.

В последнем примере наглядно продемонстрировано, насколько разными могут быть рассчитанные значения OP и $OШ$ в одной и той же ситуации, именно поэтому важно их не отождествлять.

OP и $OШ$ необходимо анализировать с учётом границы их доверительных интервалов, а также степени достоверности

[Методы математической статистики позволяют доказать значимость полученных результатов и обосновать необходимость конкретной медицинской технологии.]

(величины p), о которых подробнее читайте в следующих выпусках журнала StatusPraesens.

Статистический метод выбирают в зависимости от **дизайна и целей исследования**. В когортном исследовании воздействие фактора риска (или защитного фактора) оценивают до развития исхода (заболевания, осложнения, выздоровления) у всей когорты, в исследовании «случай—контроль» группы формируют по исходу до того, как исследователь узнает о данных по изучаемому фактору риска/протекции, в кросс-секционных — исход и уровень воздействия фактора риска/протекции выявляют одновременно.

Таким образом, при составлении плана автору нужно определить, на какой вопрос будет отвечать его работа: что случится, что случилось или что происходит в настоящий момент?



Цели большинства исследований в медицине — проверка гипотез: могут ли какие-либо вмешательства (или, наоборот, отказ от определённых манипуляций) снизить заболеваемость или риск неблагоприятного исхода. Задачами также могут быть поиски подходов к уменьшению стоимости лечения и оптимизации оказания помощи без ухудшения ключевых показателей эффективности.

Методы математической статистики позволяют доказать **значимость полученных результатов**, определить причинно-следственные связи, подтвердить эффективность и безопасность, а также обосновать необходимость конкретной медицинской технологии.

К сожалению, далеко не все авторы опубликованных работ соблюдают строгие критерии доказательной медицины. Кроме того, в клинические наблюдения заложены предвзятость и систематические ошибки, что также может повлиять на **достоверность данных**.

Научно-исследовательская работа требует значительных временных затрат и сопряжена со многими сложностями, поэтому если итоги не соответствуют ожиданиям руководителя, исполнители вынуждены искать иные способы представления материала.

Как известно, работ, в которых была подтверждена начальная гипотеза, опубликовано гораздо больше, чем тех, в которых она была непреднамеренно опровергнута. Именно поэтому так важно знать, как проводят испытания, и правильно интерпретировать их результаты, чтобы уменьшить возможность манипулирования собственным мнением и самостоятельно оценивать качество публикаций. **SP**

Библиографию см. на с. 88–94.

Кесарево решение

Пути снижения частоты абдоминальных родов



Автор: Рэм Валерьевич Волков, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии Новосибирского ГМУ, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Новосибирской области (Новосибирск)

Копирайтинг: Юлия Бриль, Виктория Москвичёва

Не секрет, что для большинства показателей качества оказания медицинской помощи существуют **нормативы**, от которых напрямую зависит финансирование. При сравнении фактических значений и «долженствующих» можно сделать выводы о проблемах конкретного учреждения, города, региона и даже целой страны, а также **разработать мероприятия**, направленные на «исправление недочётов». Однако такой стандартизирующий подход на практике не всегда эффективен. Сложности бывают и с кадровым, и с материально-техническим обеспечением, а каким образом врачи и руководство могут повлиять, например, на количество родов за определённый промежуток времени, даже представить сложно.

Что же делать в таких условиях медицинским работникам, чтобы **ключевые показатели эффективности** (KPI — key performance indicators) не отклонялись от заданных значений? «Подгонять» статистику или пациенток с их репродуктивными планами? Вряд ли это позволит добиться желаемых результатов. Как же найти баланс, чтобы и KPI, и удовлетворённость пациенток доступностью и качеством помощи соответствовали ожиданиям, а возникающие (тем более длительно сохраняющиеся) проблемы не стали скелетами в шкафах? Современная система здравоохранения пока ещё на пути к решению этого вопроса. В частности, значительные изменения произошли в подходе к регулированию частоты **кесаревых сечений** (КС).

Обобщил, интерпретировал данные «акушерской» статистики и представил коллегам варианты оптимизации числа КС главный внештатный специалист акушер-гинеколог Новосибирской области, доц. Рэм Валерьевич Волков на «Сибирских чтениях» в октябре 2020 года.

В общероссийском масштабе рост частоты КС перестал влиять на следующие статистические показатели: перинатальную и материнскую смертность. Слабая отрицательная связь с перинатальными потерями всё ещё сохранена только в учреждениях III уровня. Так, за последние 20 лет доля КС возросла **в 1,5 раза**, а перинатальные потери снизились только **на 5%**. Да и это снижение связывают с совершенствованием неонатальных технологий и работой реаниматологов, а не с заслугами акушеров-гинекологов.

Кесарское ралли

С 1990 по 2014 год во всём мире произошёл **тремякратный рост** частоты КС — с 6,7 до 19,1%, а в некоторых странах — до 42,2%. Средний «годовой прирост» составил 4,4% (от 0,7 до 8,5%)¹. В России с 2005 по 2015 год мы тоже наблюдали «ралли» числа оперативных родов: их частота за этот период увеличилась на 52% — с 18,4 до 28%². В то же самое время показатель перинатальной смертности (ПС) снизился не так существенно — всего на 13,7%.

В Новосибирской области ситуация немного отличается — сопоставимый со всей страной рост КС практически не повлиял на ПС. И хотя в этом субъекте показатель ПС на общероссийском фоне выглядит совсем не плохо и в последние годы варьирует в пределах 4,9–7,4‰, очевидно, что преимущества КС на практике относительны. Настораживает ситуация в учреждениях I уровня, куда для родоразрешения направляют практически здоровых женщин: доля КС в них достаточно высока (21,7% в 2019 году).

- Вероятность ожирения у детей 3 лет увеличена в 2 раза⁴, а во взрослой жизни — на 26%⁵ (снижение КС с 24 до 15% уменьшает риск ожирения на 1,4%⁶).
- Вероятность сахарного диабета 1-го типа и астмы выше на 20%^{7,8}.
- Частота респираторного дистресс-синдрома увеличена в 3,8 раза в сроке 37 нед и в 1,9 раза — в 38 нед⁹. Таким образом, КС, цель которого — сохранение материнских и детских жизней и здоровья, может утратить свою «спасательную» роль при неразум-

условно, дать оценку постфактум легче, чем своевременно принять решение в условиях реальной клинической практики.

Приоритет КС в сомнительных ситуациях — палка о двух концах и в практическом, и в юридическом плане. Фатальные осложнения могут наступить и при КС, и тогда тот же самый судебный эксперт напишет в заключении, что роды можно было бы вести *per vias naturales* и это позволило бы избежать негативных последствий.

[Сегодня молодого доктора быстрее и проще научить оперировать, чем правильно вести роды через естественные родовые пути. Кроме того, некоторые врачи считают, что операция защищает от судебных исков.]

Говорить о том, что рост КС абсолютно не влияет на ПС, всё-таки не совсем справедливо. В учреждениях III уровня увеличение доли таких операций с 30 до 37% в 2013 году привело к значимому снижению ПС. Однако даже в перинатальных центрах существует предел, за которым ПС утрачивает отрицательную связь с долей КС и начинает в большей степени зависеть от перинатальных технологий. На показатель материнской смертности частота КС более 10–15% также не влияет и при дальнейшем росте не сможет предотвратить гибель женщины даже в учреждениях III уровня. Более того, операция может сыграть **фатальную роль**. При КС у матерей чаще развиваются осложнения, а летальность увеличивается почти в 3 раза (с 0,9 до 2,7%). Оперативное родоразрешение без показаний повышает риск материнской смертности, вероятность гемотрансфузии, гистерэктомии, перевязки сосудов: плановая операция — в 2,7 раза, экстренная — в 14,2³.

Для детей последствия КС неоднозначны: они выигрывают в ближайшей перспективе (поскольку риск родовых травм у них ниже), однако проигрывают в средне- и долгосрочной. **Отдалённые негативные последствия** оценили зарубежные исследователи в ретроспективных работах.

ном применении. К сожалению, мы уже наблюдаем эту картину на протяжении нескольких лет, так как во всём мире драматически нарастает частота оперативных родоразрешений^{10,11}. Такая тенденция не может не тревожить.

Между молотом и наковальней

Что же поддерживает **восходящий тренд КС**? «Движущих факторов» немало. В их числе: расширенный перечень показаний, давление неонатологов, настаивающих на плановых КС, перестраховка при получении сомнительных результатов КТГ-мониторинга, увеличивающееся число женщин с рубцом на матке. Совершенствование техники операции тоже вносит свою лепту, поскольку придаёт врачам большую уверенность в благополучном исходе.

Сегодня молодого доктора быстрее и проще научить оперировать, чем правильно вести роды через естественные родовые пути. Кроме того, некоторые врачи склонны считать, что операция **защищает от судебных исков**. При трагическом исходе экспертное заключение может содержать «губительную» фразу о том, что вовремя сделанное КС позволило бы избежать осложнений. Без-

Без собственного желания

В середине 2020 года появилось **открытое письмо** к президенту России о проблемах в акушерско-гинекологической службе, связанных, по мнению авторов, с политикой **поддержки естественных родоразрешений**. Пациентки, которые столкнулись с осложнениями, убеждены, что неизбежный исход следования политике ВОЗ — драматический рост асфиксий, детского церебрального паралича и других нарушений.

Многие женщины уверены, что имеют право выбора КС как альтернативы «опасным» естественным родам. Нередко так считают и сами врачи. Формально беременная может настаивать на КС «по собственному желанию» — это не противоречит ни одному российскому закону. Однако в отличие от Европы в нашей стране оперативное вмешательство **только по желанию пациентки не показано**.

Вопрос **возможности КС** в обход медицинских показаний был поднят на Школе юридической самообороны врача в Сочи. Мнение эксперта было однозначным: несмотря ни на какие «права женщин», за исход вмешательства отвечает доктор. Если эксперт свяжет возникшие тяжёлые осложнения с операцией, а следствие установит, что родоразрешить пациентку можно было через естественные родовые пути, ответственность (в том числе уголовная) будет возложена на врача.

Показания к абдоминальному родоразрешению за последние 20 лет основательно расширились. В действующем клиническом протоколе они объединены в 15 групп¹².

1. **Предлежание плаценты** (полное или неполное с кровотечением).

2. **Преждевременная отслойка** нормально расположенной плаценты.

3. **Операции на матке** в анамнезе — два КС и более, одно КС в сочетании с другими относительными показаниями, миомэктомия (за исключением случаев удаления субмукозной миомы или субсерозной на тонком основании), хирургические вмешательства по поводу пороков развития матки.

4. **Неправильное положение или предлежание** плода — поперечное и косое положения; тазовое предлежание плода с предполагаемой массой 3600 г и более или в сочетании с другими относительными показаниями к КС; лобное, лицевое предлежание; высокое прямое стояние стреловидного шва).

5. **Многopлодная** беременность при любом неправильном положении одного из плодов, тазовое предлежание первого плода; синдром фето-фетальной трансфузии.

6. **Беременность 41 нед и более** при отсутствии эффекта от подготовки к родам.

7. **Плодово-тазовые диспропорции** (анатомически узкий таз II—III степени, клинически узкий таз, деформация костей таза).

8. **Наличие анатомического препятствия** для прохождения плода через естественные родовые пути — опухоли шейки матки, низкое (шеечное) расположение большого миоматозного узла, рубцовые деформации после операций на органах мочеполовой системы.

9. **Угрожающий или начавшийся разрыв** матки.

10. **Преэклампсия** тяжёлой степени, HELLP-синдром или эклампсия при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения *per vias naturales*).

11. **Соматические заболевания**, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложнённая миопия, трансплантированная почка и др.).

12. **Дистресс плода** (острая гипоксия плода в родах, прогрессирование хронической гипоксии во время беременности при «незрелой» шейке матки, декомпенсированные формы плацентарной недостаточности).

13. **Выпадение пуповины.**

14. Некоторые **инфекции** у матери: ВИЧ-инфекция, не леченная во время беременности, или при вирусной нагрузке более 1000 копий/мл; первичный генитальный герпес в III триместре.

15. **Ряд аномалий развития** (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и др.) и нарушение коагуляции у плода.

Наименьшее число **респираторных осложнений** у ребёнка регистрируют при выполнении планового КС по достижении 39 нед гестации.

Роды по заветам ВОЗ

Эксперты ВОЗ заявляют, что «идеальной» следует считать частоту КС в 10–15%, поскольку после преодоления этой планки эффекта снижения смертности уже не наблюдают. Как сократить частоту КС, сохранив их «защитный» потенциал? С целью оптимизации количества таких операций ВОЗ предложила международный **стандарт** оценки, мониторинга и сравнения частоты абдоминальных родоразрешений в медицинских учреждениях — **классификацию Майкла Робсона** (Michael Robson). С 2019 года эту систему применяют в России (таб.).

Грамотный анализ данных обнажает скрытые проблемы оказания медпомощи в конкретном акушерском стационаре и позволит увидеть резервы для снижения КС.

При анализе почти 30 тыс. родоразрешений, зарегистрированных в Новосибирской области в 2019 году, уже можно сделать некоторые **выводы**. Так, частота КС максимальна (на уровне 90–100%) в 6-й, 7-й и 9-й группах^{13–15}, как и в крупных зарубежных работах. В 5-й и 8-й несколько превышает аналогичные показатели, полученные в ряде исследований^{13,14}, а во 2-й и 4-й — существенно. Вероятно, **резерв снижения** частоты КС за счёт изменения клинической практики и внедрения современных технологий родовспоможения следует искать именно в этих двух группах рожениц.

До первого рубца

Наиболее **частое показание к КС** в общей структуре причин — наличие **рубца на матке**. Именно по этому вектору должны быть направлены усилия специалистов. Предотвращение первого КС по «размытым», «сомнительным» или устаревшим показаниям — важная задача

Таблица. Классификация Робсона

Группа	Описание
1	Первородящие с одноплодной доношенной беременностью, у которых роды начались самостоятельно
2	Первородящие с одноплодной доношенной беременностью, потребовавшие активного медицинского вмешательства до начала родов (КС или индукция родовой деятельности)
3	Повторнородящие без КС в анамнезе, самостоятельно вступившие в роды
4	Повторнородящие с одним доношенным плодом в головном предлежании с индукцией родов или кесаревым сечением до наступления родовой деятельности
5	Повторнородящие с рубцом на матке после предыдущего КС и с доношенным плодом в головном предлежании
6	Первородящие с одним плодом в тазовом предлежании
7	Повторнородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием
8	Роженицы с многоплодием, включая женщин с КС в анамнезе
9	Все женщины с поперечным или косым положением плода (в том числе имеющие в анамнезе одно или несколько КС)
10	Все роженицы на сроке гестации менее 37 нед с одним плодом в головном предлежании



в снижении общей доли абдоминальных родов. Американская коллегия акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) дала ряд рекомендаций в качестве защитной стратегии.

- Длительность латентной фазы более 20 ч у первородящих и 14 ч у повторнородящих не служит показанием для КС.
- Слабость родовой деятельности при прогрессирующем раскрытии шейки матки не служит показанием для КС.
- Активную фазу следует считать с момента открытия шейки матки 6 см.
- Показаниями для КС в первом периоде родов должно быть нарушение родовой деятельности и отсутствие динамики раскрытия шейки матки в активную фазу при вскрытом плодном пузыре и регулярной родовой деятельности в течение 4 ч и более или после введения окситоцина в течение 6 ч.
- Максимальная длительность второго периода для принятия решения о КС не определена.
- Оперативные влагалитзные роды во втором периоде имеют преимущества перед КС.
- Обосновано изменение положения головки плода во втором периоде родов.
- Использование амниоинфузии при переменном ритме плода позволяет безопасно снизить частоту КС.
- Стимуляция кожи головки плода позволяет уменьшить вероятность КС при патологическом или сомнительном КТГ-ритме плода, особенно при снижении вариабельности.
- Индукцию родов при тенденции к перенашиванию следует выполнять при беременности 41 нед 0 дней и более, а по медицинским показаниям — на любом сроке.
- Индукция родов допустима только после подготовки шейки матки.
- Показанием к КС служит предполагаемая масса плода 5000 г и более у женщины без сахарного диабета или более 4500 г у пациенток с сахарным диабетом. Женщины с избыточной массой тела должны быть проконсультированы по поводу похудения.
- Двойня с головным предлежанием первого плода служит показанием

для родов через естественные родовые пути.

- Санпросветработа и агитация к родам через естественные родовые пути, поддержка матерей позволяют снизить КС.
- При неудачной попытке стимуляции родов, нормальном состоянии плода и матери возможна **выжидательная тактика** в течение 24 ч и более с введением окситоцина не ранее 12–18 ч после разрыва плодных оболочек.
- В 36 нед 0 дней необходимо определить предлежание плода для решения вопроса об **акушерском повороте**.

Разворот по требованию

Тазовое предлежание регистрируют у 3–5% беременных¹⁶, в общей структуре показаний к абдоминальному родоразрешению оно занимает 12%. При попытке ведения родов через естественные родовые пути возрастает риск перинатальных осложнений, поэтому КС в таких ситуациях практически оправдано. Однако рубец на матке после абдоминального родоразрешения фактически **гарантирует новую операцию** при следующей беременности.

Для защиты пациентки от КС целесообразна попытка **наружного акушерского поворота** (НАП) в 32–40 нед^{17–19}. Выполненное по всем правилам, это вмешательство сопряжено с низкими рисками для женщины и её ребёнка и завершается успехом в 35–86% случаев.

- Оптимальный срок для НАП — 34–35 нед, однако он увеличивает вероятность преждевременных родов в 1,5 раза.
- Общая частота осложнений — 1–6,1%.
- В 39% наблюдают изменение сердцебиения плода транзитного характера.
- Увеличивает риск дистоции (ОР 2,19); дистресса плода (ОР 2,1); экстренного кесарева сечения (ОР 1,43).
- ПС 1:1000 (ОР 0,23).
- Рождение ребёнка с оценкой по Апгар на 5-й минуте менее 7 баллов — 8:1000 (ОР 0,39).

Благоприятный исход НАП наиболее вероятен в следующих ситуациях^{17,18,20}.

[При попытке ведения родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании возрастает риск перинатальных осложнений, поэтому КС в таких ситуациях практически оправдано.]

- Повторные роды.
- Высокое расположение предлежащей части.
- Отсутствие тонуса матки в момент вмешательства.
- Возможность пальпаторного определения головки.
- Масса тела матери 65 кг и менее.
- Индекс амниотической жидкости 10 см и более.
- Плацентация по задней стенке.
- Боковое расположение спинки плода.
- Ягодичное предлежание плода.

Обойтись без повтора

Согласно отчёту Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), предыдущее КС сопряжено с **повышенным риском материнских осложнений** при последующих беременностях (главным образом связанных с плацентой — её предлежание, приращение, вращение и отслойка). Прогрессивно возрастает вероятность многих серьёзных заболеваний у женщины с увеличением кратности КС в анамнезе²¹. С учётом этих данных эксперты CDC рекомендуют по возможности **избегать повторной операции** у женщин с низким риском, но отмечают опасность негативного сценария при попытке естественных родов у таких пациенток (например, разрыв матки)²¹.

Кто имеет **наиболее высокий шанс** на естественные роды после КС в анамнезе? Это женщины с беременностью 37 нед и более с одним плодом в головном предлежании и с предыдущим КС в нижнем маточном сегменте. У пациенток без естественных родов после КС в анамнезе доля успеха достигает 72–75%, при их наличии — 85–90%. Противопоказаны влагалищные роды женщинам с разрывом матки, рубцом после корпорального КС²².

- Индукция родов при наличии рубца на матке возможна, но необходимо

предупредить женщину, что риск разрыва плодместилища при этом возрастает в 2–3 раза, вероятность КС — в 1,5 раза.

- Применение механических методов (катетера Фолея, осмотических расширителей, амниотомии) с целью индукции родов ассоциировано с меньшим риском разрыва матки по сравнению с использованием простагландинов.
- Сомнительным следует считать прогноз при наличии следующих факторов: гестационный срок 40 нед и более, наличие двойни, крупного плода, антенатальной гибели плода, возраст матери 40 лет и старше.



Несмотря ни на какие перинатальные технологии и высочайший уровень врачебной квалификации, **дети гибнут в родах**. Сегодня и в обозримом будущем это неизбежность и, как бы жестоко ни звучало, проявление естественного отбора.

Врачи могут снизить риск родовой травмы, но её вклад в ПС очень незначителен, да и сократить её частоту до нуля тоже практически нереально. Акушер-гинеколог не в силах существенно повлиять на инфекционную и экстрагенитальную заболеваемость женщин, вступающих в беременность, что также ставит под угрозу здоровье и жизнь их детей. Однако, к сожалению, так уж повелось, что при любом негативном исходе родов отчаявшиеся от горя матери в первую очередь винят медицинских работников.

Именно поэтому так важно ориентироваться на **«законные» основания для любого медицинского вмешательства**, избегая и ненужного риска, и эмоциональных решений. Только это может защитить и врача, и пациентку. **SP**

Библиографию см. на с. 88–94.

НОВЫЕ ОНКОКОМПЕТЕНЦИИ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА



ПРОБЛЕМЫ МАММОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РОССИИ*

Рак молочной железы (РМЖ) — самое распространённое онкозаболевание россиянок (**21,2%** от всех раков). Он **стабильно** лидирует и в структуре онкосмертности (**15,9%**).

Снизить эти цифры возможно только при **скрининге РМЖ** и **эффективном лечении** пациенток с доброкачественной дисплазией молочной железы (ДДМЖ).

Некоторые регионы отчитываются об охвате скринингом более **80%** женщин, но **снижения или хотя бы раннего выявления РМЖ не наблюдают**. Почему так происходит?

1 СМЕРТНОСТЬ ОТ РМЖ В РОССИИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ СНИЖАЕТСЯ
на 100 тыс. женского населения



2 ПОЗДНЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РМЖ (III–IV СТАДИИ) ОСТАЁТСЯ СТАБИЛЬНО ВЫСОКИМ



3 РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ: НОВЫЙ ПРИКАЗ №1130н И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДДМЖ



Когда акушер-гинеколог должен направить пациентку к онкологу?



Назначает лечение ДДМЖ



Оценивает риски доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желёз



Выполняет второй этап диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза для ранней диагностики РМЖ



Осуществляет профилактические приёмы, направленные на выявление заболеваний молочных желёз

Функционал акушера-гинеколога

✓ При выявлении очаговых поражений молочных желёз

✓ При подозрении на малигнизацию или при подтверждённом РМЖ

✓ При необходимости выполнения любого инвазивного исследования

4 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ДДМЖ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ НЕВЫСОКА!



Наличие каких-либо жалоб свидетельствует о развившемся заболевании — значит, **время** для превентивных мер уже **упущено!** При этом 71% пациенток сообщили, что врач никогда не рекомендовал им маммографию. Катастрофическая цифра!

Вывод: По новому **Приказу №1130н** охват скринингом стал одним из **критериев качества** работы женской консультации. Надеемся, что нововведения (наряду с чётким **разграничением полномочий** между акушерами-гинекологами и онкологами), регламентированные новым Порядком, сдвинут ситуацию с мёртвой точки.

* По материалам доклада засл. врача РФ, докт. мед. наук, проф., зам. директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ О.С. Филиппова.