АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#1 [85] 02 / 2022 / StatusPraesens

ISSN 2074-2347

тема №

Обратная сторона прогресса

Почему здоровье цивилизованного человека ухудшается? Антропологи нашли ответ • Микрофлора половых путей у онкобольных значимо отличается от таковой у здоровых • Нужен ли запрет рекламы заменителей грудного молока? Мнения разделились • Издержки цивилизации как причина «тихих» неинфекционных пандемий • Акушерская эмболия: клинический разбор случая near miss

Уважаемые коллеги!

«Время разбрасывать и время собирать камни». Ещё в середине прошлого столетия онкогинекология сформировалась как **самостоятельное направление** в медицине. Это в корне изменило систему обучения онкогинекологов: базисную подготовку переориентировали на получение **фундаментальных и клинических знаний** в рамках онкологии. За последние 70 лет сделан **существенный скачок** в этиологии и патогенезе злокачественного процесса, профилактике и ранней диагностике, разработке органосохраняющих, комбинированных и комплексных методов терапии. Развивая эти направления, современная онкогинекология столкнулась с необходимостью решать проблемы и другого порядка.

Стало понятно, что излечение от раковых заболеваний в последующем **требует коррекций** целого ряда системных нарушений — посткастрационного синдрома, остеопороза, атеросклероза, урогенитальной атрофии. Конечная цель всей медицинской деятельности — **сохранить** здоровье здоровых людей, не только вылечить больных, но и повысить их качество жизни, полностью восстановить физическое, психическое и социальное благополучие. Этот тезис требует совершенно другой реабилитации, **новых идей и технологий** применительно к онкологическим пациенткам. В связи с этим одной из самых востребованных дисциплин становится гинекологическая эндокринология.

В популяции больных раком репродуктивных органов **существенно** увеличилась и частота **сочетаний с беременностью**, а достижения новых репродуктивных технологий сделали возможным реализовать их и в онкологической практике.

Настало время **объединения** онкогинекологии, маммологии и классической гинекологии. Будучи органом репродуктивной системы, молочная железа также подчинена **системному гомеостазу** женской нейроэндокринной системы, что требует учёта своеобразия её функционирования в различные жизненные периоды. Понимание этих вопросов всецело лежит в русле акушерства, гинекологии и гинекологической эндокринологии.

Стало понятным, что онкогинекологии и маммологии с их багажом научных и клинических достижений **недостаёт** современных гинекологических технологий. Настало время «собирать камни».

Акад. РАН, зам. директора Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, директор Института онкогинекологии и маммологии, докт. мед. наук, проф. **Л.А. Ашрафян**

StatusPraesens

гинекология аку

#1 [85] Ф2 / 2Ф22 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

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@liy.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Аппарат ответственного секретаря редакции: Ольга Викторовна Еремеева, Алёна Сергеевна Митина
Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва, Сергей Лёгкий, Надежда Мясникова
Препресс-директор: Нелли Демкова
Арт-директор: Лина Тавдумадзе
Руководитель группы дизайна: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина
Выпускающий редактор: Денис Мурских
Инфографика и дизайн: Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шибаева
Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (1Ф5Ф82, 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» (1Ф5Ф82, 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 2Ф08 г.) / Тираж 6ФФФ экз. Цена свободная / Подписано в печать — 4 марта 2Ф22 г. / Адрес и телефон редакции: 1Ф5Ф82, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 3Ч6 39Ф2. Почтовый адрес: 1Ф5ФФ5, Москва, а/я 1Ф7. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «ИПК Парето-принт». 17Ф546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А. Заказ №1286/22 / 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. Фото на обложке: © fmajor / Signature/iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Adobe Stock.

© ООО «Статус презенс»
© ООО «Медиабюро Статус презенс»
© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2Ф07

raesens

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Крутова Виктория Александровна (Краснодар)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (Москва)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савичева 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)

StatusPra
гинекология акушерство бе

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нарушая закон эволюции

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о необратимости прогресса, болезнях цивилизации и взглядах в будущее

Эколого-репродуктивный диссонанс — феномен, представляющий собой различия между образом жизни современной женщины и программой, в соответствии с которой функционирует репродуктивная система. При этом изменения окружающей среды слишком быстры, а эволюционные механизмы, наоборот, медленны, и такой срыв адаптации приводит к скачкообразному росту заболеваемости, в том числе к так называемым болезням цивилизации. Можно ли замедлить прогресс?

12 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ

Больше чем еда

Запрет рекламы заменителей грудного молока — ограничение прав и свобод или необходимость?

Руднева О.Д., Аникеев А.С.

Совсем недавно внесены поправки в закон «О рекламе». Суть изменений состоит в существенном ограничении возможностей рекламы заменителей грудного молока — исключение составит распространение такой информации в местах проведения медицинских выставок и мероприятий, а также в профессиональных печатных изданиях. Обсудим основные болевые точки, связанные с такой важной и деликатной темой, как питание младенцев и детей раннего возраста.

27 ШЮС

Нет, всё понятно. Но что конкретно?

Интервью с заместителем медицинского директора компании «АльфаСтрахование-ОМС», канд. мед. наук Анастасией Михайловной Лебедевой (Москва)

Иванов А.В.

Каждый случай оказания медицинской помощи с летальным исходом подлежит подробному разбору, чтобы выявить ошибки, проанализировать их причины и предотвратить такие ситуации в будущем. Обязательность таких проверок определена приказами Минздрава РФ, регламентирующими внутренний, ведомственный и государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Их проводят и страховые компании, работающие в сфере ОМС: их задача — предупреждение нарушений при обследовании и лечении застрахованных.

ens

й брак

содержание номера

33 VIA SCIENTIARUM

Окажите протекцию!

Состояние вагинальной микробиоты и онкориски (по материалам выступлений проф. С.И. Роговской)

Мартынова М.А.

Первые данные о том, что на фоне бактериального вагиноза чаще активируется папилломавирусная инфекция и развивается рак шейки матки, появились около 15 лет назад. Сегодня доказано: богатая лактобациллами нормальная микробиота может обладать протективным эффектом в отношении онкозаболеваний, и прежде всего самого распространённого рака женских половых органов.

41 NEXT-ПРОСВЕТ

Горячий репортаж

Обзор ключевых событий в акушерстве и гинекологии 2021–2022 годов

Раевская О.А., Москвичёва В.С.

Какими современными инструментами, позволяющими не допустить многих заболеваний, обладает врач? Какие нарушения пока не поддаются «дрессировке» и что нужно сделать для изменения ситуации? Это и многое другое спикеры обсудили на прошедшем конгрессе. Предлагаем читателям SP ознакомиться с краткой ретроспективой мероприятия и вспомнить наиболее яркие моменты.

46

А сто́ит ли доверять?

Статистический анализ медико-биологических данных. Часть II

Дьяконов С.А., Москвичёва В.С.

Никто не ожидает от практикующего специалиста самостоятельного выполнения метаанализов — для такой работы лучше привлекать более опытных коллег. В то же время базовые знания полезны для любого человека, которому важно быть в курсе новостей специальности, при этом способного критически мыслить, не обманываясь прочтением только заключений в аннотациях статей.

51 CONTRA-VERSION

Издержки цивилизации

Модифицируем риск заболеваний молочных желёз

Оразов М.Р., Тюзиков И.А.

Печальные следствия прогресса обусловлены чаще всего с нездоровым образом жизни, что приводит к гормональному дисбалансу, метаболическим нарушениям и связанным с ними заболеваниям. Все эти факторы нередко становятся пусковым механизмом для развития рака, и главный парадокс в том, что они модифицируемые. Что мы недоиспользуем и упускаем при ведении своих пациенток?

StatusPraesens
гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

57 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Золотое сечение

Влияние гипомикроэлементозов на гестацию

Олина А.А., Метелева Т.А., Садыкова Г.К.

Многое привычное для нас сегодня считали раньше фантастикой. В частности, фетальное программирование реализуют уже сейчас — с помощью прегравидарной подготовки. В основе этого лежит факт, что значительную роль в развитии плода и состоянии здоровья ребёнка играет микронутриентный статус его родителей — обеспечение витаминами и минералами, влияющими на фертильность.

62

Шпаргалка, спасающая жизнь

Интервью с анестезиологом-реаниматологом отделения реанимации новорождённых Екатеринбургского клинического перинатального центра Евгением Вячеславовичем Шестаком

Лёгкий С.В.

К началу XXI века сформировалась парадоксальная ситуация: сложные операции, трансплантология и другие методы лечения, сопряжённые с иммуносупрессией, немыслимы без применения противомикробных препаратов, но частое их использование — очередной шаг к усугублению проблемы антибиотикорезистентности.

71 ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

Женщина в расцвете лет. И не только

Акне у пациенток репродуктивного возраста: что может акушер-гинеколог?

Аравийская Е.А., Тапильская Н.И.

Вопреки распространённому мнению акне — не только подростковая проблема. Для медицинской практики не редкость ситуация, когда пациентка репродуктивного возраста сталкивается с «расцветом» кожных патологических состояний. Такие внешние несовершенства значительно снижают качество жизни, социальную активность и нередко провоцируют тревожно-депрессивные расстройства.

77 CASUISTICA

Где «сбойнул» alarm-менеджмент?

Акушерская эмболия: клинический разбор случая near miss

Николаева М.Г.

Акушерская эмболия — критическая ситуация. Разбор каждого из подобных клинических случаев позволяет врачам составлять для себя точную программу действий, своеобразный alarm-менеджмент, дающий возможность вовремя заметить приближение беды, предусмотреть развитие негативных сценариев и предотвратить гибель пациентки.

82 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

нарушая законы эволюции

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о необратимости прогресса, болезнях цивилизации и взглядах в будущее

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

Сравнительно новые термины evolutionary mismatch theory («теория эволюционного несоответствия») и modern reproductive patterns («современные модели репродуктивного поведения») происходят из антропологии. На стыке осмысления этих понятий лишь недавно произошло чрезвычайно важное осознание — репродуктивная система женщины не приспособлена, попросту не успела адаптироваться к социально обусловленным изменениям репродуктивного поведения, случившимся за последние 100 лет.

Эколого-репродуктивный диссонанс — так был назван феномен, представляющий собой значимые различия между образом жизни современной женщины и программой, в соответствии с которой функционирует репродуктивная система на протяжении тысячелетий. Формулировку термина широко обсуждали ещё в 90-е годы XX века, однако именно сейчас это явление привлекает к себе особый конструктивно-практический интерес врачей. Суть теории проста: при столь быстрых изменениях окружающей среды эволюционные механизмы оказываются слишком медленными, чтобы адаптировать фенотип к новым условиям, а это приводит к дисрегуляции на популяционном уровне. Наиболее часто срыв адаптации обусловливает скачкообразный рост заболеваемости, в том числе так называемых болезней цивилизации.

Можно ли замедлить прогресс? Стоит ли отказываться от научно-технических достижений и уезжать на необитаемый остров? Конечно, нет! У врачей есть инструменты, способные нивелировать «побочные действия» прогресса. Что мешает их внедрению?

На протяжении последних десятилетий практически любой доклад или научная статья начинаются с обсуждений неуклонного роста того или иного гинекологического заболевания. И это не дань моде, мы действительно наблюдаем увеличение бремени болезней. Самое печальное — все они «молодеют». При этом большинство из них ассоциировано с выраженными изменениями, болевым синдромом, нарушением детородной функции, что негативно сказывается на качестве жизни и работоспособности женщин.

Неожиданно, но причину лавинообразного ухудшения репродуктивного здоровья населения в отдельных экономически развитых регионах планеты открыли антропологи. Судя по всему, дело не только в ухудшении экологии. С биологической точки зрения генеративная функция человека, как и любого другого животного

(а человек, безусловно, животное, хотя и высокосоциализированное), должна быть использована в максимальной степени. Природой запланировано, что от менархе до менопаузы женщина должна либо быть беременной, либо менструировать, но лишь для того, чтобы подготовиться к следующей беременности, — такова её биологическая роль.

В XXI веке у женщины за репродуктивный период жизни реализуется 400–450 менструальных циклов, что примерно в 3 раза больше показателя, который на основании наблюдений предыдущих столетий (полное невмешательство в систему — залог доказательности!) можно определить как некую биологическую норму. Генотип не изменился, к такому числу менструаций/беременностей репродуктивная система не готова.

Стереотипы реализации репродуктивной функции в наши дни таковы: раннее менархе, поздние первые роды, уменьшение числа беременностей, непродолжительная лактация или полный отказ от грудного вскармливания, более поздняя менопауза. Они напрямую связаны с новой типологией заболеваемости женщин в экономически развитой среде. С точки зрения биологии человека именно в отступлении от эволюционно сформированной репродуктивной программы кроется одна из ведущих причин глобального роста гинекологической заболеваемости во всём мире в текущем столетии. В первую очередь это относится к нарушениям менструального цикла (и, как следствие, к бесплодию), взрывному росту анемии, гиперпластическим и неопластическим процессам.

Казалось бы, понимание механизмов эколого-репродуктивного диссонанса и знание ключевых позиций, на которые можно было бы повлиять, должно вполне реально уже в обозримом будущем если не преобразить, то достоверно улучшить удручающую статистику гинекологической заболеваемости в стране. Резервы и ресурсы для этого есть, они экономически оправданы, а с позиций здоровья популяции должны стать основными. Но... К сожалению, преодолеть культурные и социальные привычки очень и очень сложно.

Почти миллион абортов в год и первое место в мире по числу прерываний беременности никак не располагают к излишнему оптимизму касательно гинекологического здоровья нации и перспектив изменения этого показателя. В основе отечественной проабортной культуры лежит именно доступность, ведь практически все эффективные способы предупреждения зачатия требуют материальных затрат, а артифициальный аборт оплачивает государство в рамках системы обязательного медицинского страхования — для женщины манипуляция бесплатна. Но далеко не безвредна! Однако ограничение этого вмешательства сопряжено с высоким риском его криминализации и ростом связанных с ним осложнений. Таких дилемм в современном здравоохранении немало, и в их решении обязательно должны принимать участие практикующие специалисты, знающие проблему изнутри.

Нельзя забывать о том, что более 70% гинекологических заболеваний эндокринно детерминированы. Сегодня каждый врач должен быть в полной мере «гинекологом-эндокринологом», владеющим современными знаниями об этих патологических состояниях и умеющим лечить их не «по старинке» без видимых результатов, а в соответствии с последними достижениями доказательной медицины. Однако до тех пор, пока не будет внедрена в сознание и пациенток, и врачей культура бережного отношения к собственному здоровью, безальтернативность здорового образа жизни и превентивных стратегий, ожидать существенного снижения гинекологической (да и общей) заболеваемости нельзя. Мы не сможем преодолеть сложившееся несоответствие между биологически запрограммированными и реально существующими репродуктивными паттернами.

[Причину лавинообразного ухудшения репродуктивного здоровья населения в отдельных экономически развитых регионах планеты открыли антропологи. Судя по всему, дело не только в ухудшении экологии.]

Эколого-репродуктивный диссонанс — далеко не единственная причина сложившейся ситуации. Колоссальное влияние окружающей среды и образа жизни на физиологические процессы организма современного человека привело к выделению особой группы патологических состояний. Так называемые болезни цивилизации, под которыми чаще всего подразумевают ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, в значительной степени обусловлены экзогенными модифицируемыми и нередко пересекающимися факторами риска. Необоснованные ограничения, превышение калорийности и несбалансированность рациона питания, вредные привычки, гиподинамия... Безусловно, исключить или по крайней мере снизить влияние этих факторов возможно, но на практике получается далеко не всегда.

К болезням цивилизации можно отнести и акне — метаболическую болезнь волосяного фолликула. Поиск причины и эффективного лечения этого состояния может занять длительное время и потребовать внушительных материальных затрат. К ведению пациенток привлекают врачей разных направлений: дерматовенерологов, эндокринологов, гастроэнтерологов и акушеров-гинекологов. Чем раньше будет оказана помощь, тем лучше прогноз и выше эффективность терапии, а также ниже риск возможных осложнений. Именно поэтому, если на приём к акушеру-гинекологу пришла женщина с такой проблемой, не следует сразу её перенаправлять к коллегам других специальностей без каких-либо рекомендаций, поскольку это может удлинить время постановки диагноза и назначения эффективной терапии.

Важно помнить, что высыпания могут быть симптомом эндокринных заболеваний, в частности нарушений функций щитовидной железы, гиперпролактинемии, инсулинорезистентности, сахарного диабета, ожирения. При обследовании женщины следует исключить редкие, но всё же вероятные

[В отступлении от эволюционно сформированной репродуктивной программы кроется одна из причин роста гинекологической заболеваемости. Это относится к нарушениям менструального цикла (и, как следствие, к бесплодию), взрывному росту анемии, гиперпластическим и неопластическим процессам.]

© Magryt — stock.adobe.com

андрогенпродуцирующие опухоли, особенно при внезапном и быстром прогрессировании. Известно также, что более 30% женщин с неклассической формой врождённой дисфункции коры надпочечников предъявляют жалобы на акне, а также упоминают о нарушениях менструального цикла, и в целом клиническая картина может во многом совпадать с синдромом поликистоза яичников. Подробнее о тактике ведения женщин с угревой болезнью читайте в статье «Акне у пациенток репродуктивного возраста: что может акушер-гинеколог?».

***

Более двух лет мир живёт в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. Все люди, даже не имеющие медицинского образования, стали в какой-то степени инфекционистами, эпидемиологические термины прочно вошли в нашу жизнь. Однако это несколько отодвинуло на задний план другие не менее тревожные «тихие» пандемии: ожирение, сахарный диабет, метаболический синдром, остеопороз, хроническую анемизацию женщин.

Печальные следствия прогресса связаны чаще всего с нездоровым образом жизни, что приводит к смещению баланса концентраций половых гормонов, различным метаболическим нарушениям и ассоциированным с ними патологическим состояниям. Причин для таких поломок немало: неправильное питание, приводящее к избыточной массе тела, дефицит витамина D и других необходимых микронутриентов. Все эти факторы нередко становятся пусковым механизмом для развития опасных последствий и даже рака.

Ещё в середине 1990-х годов сенсационно прозвучали данные о том, что у современных женщин моложе 60 лет, проживающих в промышленном обществе, вероятность рака молочной железы (РМЖ) в 100 раз выше, чем у представительниц народов, сохраняющих земледельческий уклад жизни (подверженность злокачественным опухолям других органов репродуктивной системы также коррелирует с «вестернизацией» образа жизни, но чуть менее выразительно).

Безусловно, наряду с особенностями реализации репродуктивной функции на вероятность гинекологического рака влияют и другие факторы: генетическая предрасположенность, воздействие канцерогенных соединений, тип питания (избыток жиров в рационе), недостаточная физическая нагрузка и сопутствующие метаболические нарушения, отягощённость гинекологического анамнеза и репродуктивный стаж.

Некоторые из перечисленных параметров поначалу считали перспективными в отношении модификации, в связи с чем последний фактор из вышеприведённого списка — репродуктивный стаж — оказался незаслуженно обойдён вниманием.

Пожалуй, доброкачественные дисплазии молочных желёз (ДДМЖ) можно назвать самыми распространёнными патологическими состояниями в практике акушеров-гинекологов. Их выявляют у каждой второй пациентки в возрасте 40 лет, а к 50 годам заболеваемость достигает 70–80%. Виной тому гормональный дисбаланс: с возрастом в женском организме наблюдают снижение выработки половых гормонов, и прежде всего прогестерона. Именно на фоне его дефицита в тканях молочной железы происходит активация пролиферативных процессов.

В клинической практике эти дефицитные состояния диагностируют не так уж часто — и последствия недоучёта вызывают немало проблем. Для предупреждения осложнений беременности гораздо важнее качество продуктов питания и обеспечение полноценного разнообразного рациона, причём как во время гестации, так и в течение всей «прегравидарной жизни».

Обеднение аграрных культур в связи с изменением состава почвы и воды, разрушение части витаминов и минералов при термической обработке усложняют эту задачу. Кроме того, представления современных женщин о сбалансированном и полноценном рационе не всегда соответствуют действительности. О нутриентах, действительно необходимых для успешной реализации репродуктивной функции, читайте в статье «Золотое сечение».

[Эпидемия COVID-19 немного отодвинула на задний план другие не менее тревожные «тихие» пандемии: ожирение, сахарный диабет, метаболический синдром, остеопороз, хроническую анемизацию женщин.]

Конечно, на некоторые причины ДДМЖ и РМЖ (возраст, семейный анамнез, генетические мутации) повлиять невозможно. Однако существуют и другие факторы риска заболеваний молочных желёз, которыми можно вполне успешно управлять. Подробности о тактике ведения женщин с пролиферативными процессами в области молочных желёз читайте в этом номере SP.

Возвращаясь к особенностям питания наших современниц, нельзя обойти стороной тот факт, что избыточная калорийность отнюдь не означает восполнения всех необходимых нутриентов. Скорее, напротив, она служит причиной дефицитных состояний. Тяжёлые гиповитаминозы и гипоэлементозы в настоящее время выявляют крайне редко. При этом субоптимальное потребление многих микронутриентов распространено достаточно широко. Нередки также ситуации перекрёстной недостаточности витаминов, микро- и макроэлементов.

Прегравидарная подготовка выступает одним из важнейших компонентов всей предиктивной медицины в целом. Именно от состояния родителей на момент зачатия ребёнка и течения ранних сроков беременности во многом зависит здоровье будущего потомства. Закрепить достигнутый с её помощью эффект позволяет грудное вскармливание.

В отношении постулата о необходимости для младенцев материнского молока нет и не может быть никаких сомнений. Так есть, было и будет. Другой вопрос, что у женщины не всегда есть возможность обеспечить им ребёнка.

Искусственные смеси в некоторых ситуациях действительно необходимы. Однако важно помнить, что решение о переводе на заменители грудного молока принимает врач при наличии существенных на то оснований. К сожалению, на практике мы часто видим иную картину. Многие пациентки отказываются кормить грудью по надуманным, не имеющим отношения к действительности причинам. Некоторые не понимают значимости для ребёнка естественного вскармливания, другие вовсе считают, что женское молоко может нанести вред. Сколько женщин прекратили кормить грудью во время лактационных кризов, о которых их не предупредили или попросту не нашли подходящей для них техники прикладывания младенца к груди? Страшно представить.

Однако общественный резонанс, вызванный законопроектом об ограничении рекламы заменителей грудного молока, оказался слишком мощным. Обсуждения о пользе, а чаще о вреде закона серьёзно всколыхнули общественность, перестав быть только медицинской проблемой.

Надеюсь, что исключение лишних упоминаний о заменителях грудного молока в информационном пространстве послужит поводом хотя бы для части женщин придерживаться естественного вскармливания. Однако нельзя считать, что запретами можно решить все проблемы. Обучение женщин и консультирование по вопросам кормления также позволят повысить приверженность и длительность кормления грудью. Предлагаем вам взглянуть на законопроект с разных точек зрения и составить своё собственное мнение по проблеме, ознакомившись с публикацией в этом номере SP.

Одно из преимуществ грудного молока, отличающее его от искусственных смесей, — наличие материнских антител, защищающих младенца от инфекций в течение первых месяцев жизни. Кроме того, контакт ребёнка с кожей матери способствует формированию его собственного микробиома, предупреждающего контаминацию организма патогенной микрофлорой и обеспечивающего протекцию в отношении многих нарушений.

Роль микробного населения конкретной биологической ниши как фактора канцерогенеза была впервые описана для органов пищеварения. Микробиота влагалища намного беднее желудочно-кишечного тракта по количеству и разнообразию, однако дисбиотические процессы в этом локусе способны привести к печальным последствиям. Учёные установили, что богатая лакто-

бациллами нормальная микрофлора может обладать протективным эффектом в отношении онкологических заболеваний, и прежде всего рака шейки матки (РШМ).

Первые данные о том, что на фоне бактериального вагиноза чаще активируется папилломавирусная инфекция и развивается РШМ, появились около 15 лет назад, однако тогда они существовали в виде гипотезы. Сегодня многие предположения легко подтвердить молекулярно-биологическими тестами и понять о проблеме гораздо больше. Что же удалось выяснить исследователям в отношении профилактики гинекологических раков и почему нельзя оставлять женщин с патологическими выделениями без лечения, читайте в статье «Состояние вагинальной микробиоты и онкориски».

Решить проблему бактериального вагиноза исключительно антибактериальными препаратами невозможно. Высокая частота рецидивов и растущая резистентность микроорганизмов к этим лекарственным средствам вынуждают искать другие терапевтические подходы. Злоупотребление противомикробными средствами и назначение их без прямых показаний может сыграть злую шутку — в нужный момент они просто окажутся неэффективны.

В России в 2017 году вышло распоряжение правительства РФ о стратегии предупреждения антимикробной резистентности до 2030 года, уже давно есть системы мониторинга использования антибактериальных средств. Однако в стране по-прежнему отсутствуют клинические рекомендации по применению таких препаратов в неонатологии, хотя именно их нередко используют у этой когорты пациентов.

Локальные протоколы для отдельных медицинских учреждений, возможно, единственный работающий способ предупредить неадекватное использование антибактериальных препаратов, поскольку лишь они способны учесть местные реалии, в том числе диагностические возможности, доступность лекарственных средств, локальный спектр внутрибольничной микробиоты и т.д. Подтверждение тому — почти полное отсутствие глобального консенсуса по этому вопросу между авторитетными регулирующими организациями в разных странах. С опытом создания и внедрения в практику таких протоколов в Екатеринбургском клиническом перинатальном центре вы можете ознакомиться в интервью с анестезиологом-реаниматологом отделения реанимации новорождённых Евгением Вячеславовичем Шестаком.

[Прегравидарная подготовка — важнейший компонент предиктивной медицины. От состояния родителей на момент зачатия и в течение ранних сроков беременности зависит здоровье ребёнка.]

Для любого практикующего специалиста очевидна необходимость постоянного обновления знаний. В то же время быть в курсе важнейших событий в области своей специальности и отечественной медицины в целом совсем непросто. Высшим пилотажем можно считать отслеживание передовых и российских, и зарубежных практик. Именно поэтому на профильных конференциях представляют выжимку всего нового и значимого для современного врача, полезного и применимого в клинической работе.

В рамках VIII Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству», прошедшего 10–12 февраля, участники обсудили современные возможности и проблемы перинатальной медицины. Поскольку эта наука находится на стыке акушерства и неонатологии, от слаженной работы специалистов данных направлений зависят здоровье и дальнейшая жизнь матери и её будущего ребёнка. Важно помнить, что огромные резервы скрыты именно в предвидении и предупреждении заболеваний, и принимать меры необходимо ещё на этапе прегравидарной подготовки и во внутриутробном периоде.

Вопреки нашим оптимистичным прогнозам мероприятие прошло в онлайн-формате. С его ключевыми моментами вы можете ознакомиться в «Горячем репортаже». Надеемся, что на «Весенних контраверсиях» мы уже встретимся и пообщаемся лично, поскольку тем для обсуждения у нас предостаточно.

Неблагоприятные последствия эколого-репродуктивного диссонанса во многом предотвратимы. Медицина, как и любая современная наука, постепенно развивается и наращивает свой потенциал. Самое важное для нас — это знание и умение пользоваться теми инструментами, которые эффективно и безопасно смогут решить проблемы, с которыми обращаются пациентки. Однако для врача не менее значимо и владение информацией в отношении наиболее распространённых заболеваний и патологических состояний, с которыми чаще всего сталкивается современная женщина.

В наших силах вовремя выявлять факторы риска и информировать о них женщин, учить бороться с ними и объяснять, для чего это нужно. Только в этом случае мы сможем взять от прогресса самое лучшее и снизить влияние ассоциированных с ним неблагоприятных последствий. Желаю нам всем не отрицать очевидное, а искать и находить ответы на вызовы современности! SP

[Локальные протоколы для отдельных медицинских учреждений, возможно, единственный работающий способ, который позволяет предупредить неадекватное использование антибактериальных препаратов.]

больше чем еда

Запрет рекламы заменителей грудного молока — ограничение прав и свобод или необходимость?

Авторы: Ольга Дмитриевна Руднева, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института РУДН, руководитель службы поддержки грудного вскармливания родильного дома ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана; Андрей Сергеевич Аникеев, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва)

На заседании Государственной думы 18 января 2022 года депутаты в первом чтении единогласно приняли законопроект о внесении поправок в ст. 25 Федерального закона от 13 марта 2006 года №38-ФЗ «О рекламе». Суть изменений состоит в существенном ограничении возможностей рекламы заменителей грудного молока (ЗГМ) — исключение составит распространение такой информации в местах проведения медицинских выставок, семинаров, конференций, а также в профессиональных печатных изданиях. Накал страстей вокруг этого события поистине сложно передать, настолько оно взволновало общественность, в том числе медицинское сообщество. Разберёмся в происходящем и обсудим основные болевые точки, связанные с такой важной и деликатной темой, как питание младенцев и детей раннего возраста.

Авторы законопроекта предлагают отредактировать и дополнить указанную статью следующим образом: «Реклама продуктов детского питания не должна представлять их в качестве полноценных заменителей женского молока и содержать утверждение о преимуществах искусственного вскармливания детей. Реклама пищевых продуктов, предназначенных для организации питания детей первого года жизни, должна содержать сведения о возрастных ограничениях применения таких продуктов и предупреждение о необходимости консультаций специалистов. Запрещается распространение информации об адаптивных молочных смесях (предлагаемых в качестве заменителей женского молока, предназначенных для вскармливания детей в возрасте от 0 до 12 месяцев жизни) любым способом, в любой форме, в том числе с использованием демонстрации товара, продаж ниже себестоимости и в виде нагрузки при покупке иных товаров, с использованием бонусных товаров, а также путём раздачи образцов и иных способов продвижения объекта рекламирования, адресованное неопределённому кругу лиц, направленное на привлечение внимания, формирование или поддержание интереса, продвижение на рынке адаптивных молочных смесей без консультации с врачом».

Понять основные переживания общественности относительно запрета рекламы ЗГМ в России и разобраться в том, что за ними стоит, стало возможным благодаря обсуждению, инициированному в одном из сообществ в популярной социальной сети. Мнения, высказываемые участниками дискуссии, удалось разделить на четыре основные группы и проанализировать. Результаты проделанной работы представлены ниже.

[В 1981 году принят Международный свод правил по продвижению сбыта заменителей грудного молока, чтобы предотвратить негативное влияние недобросовестной рекламы на намерение женщин кормить грудью.]

История вопроса

В 1981 году Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ)* приняла Международный свод правил по продвижению сбыта ЗГМ (кодекс маркетинга, далее — кодекс)[1], чтобы предотвратить негативное влияние недобросовестной рекламы и продвижения ЗГМ, бутылок для кормления и сосок на намерение женщин кормить детей грудью. Помимо собственно правил распространения адаптированных молочных смесей действующая редакция кодекса обращает внимание аудитории на следующие пункты.

- Право каждого ребёнка и каждой беременной и кормящей на полноценное питание как средство достижения и поддержания здоровья.
- Невозможность рассмотрения вопросов, связанных с питанием, без учёта социально-экономического статуса женщины и её роли матери.
- Необходимость расценивать грудное вскармливание (ГВ) как важный аспект первичной медико-санитарной помощи.

[Запрещена любая реклама заменителей грудного молока при помощи средств массовой информации (телевидения, журналов, веб-сайтов и др.).]

- Повышение риска недостаточности питания у младенцев и роста детской заболеваемости и смертности во всех странах при неправильном кормлении, а также вероятные значимые затруднения в решении этих важнейших проблем общественного здравоохранения из-за нерационального порядка маркетинга ЗГМ и продуктов детского питания.
- Принятие на себя системами медико-санитарной помощи и работниками здравоохранения основной заботы о формировании навыков правильного кормления младенцев, о пропаганде ГВ и содействии ему, а также разъяснение матерям и членам их семей большого значения ГВ. При необходимости — рекомендации по правильному использованию детских смесей, изготовленных промышленным способом или в домашних условиях.
- Принадлежность семьям, обществу в целом, женским и другим неправительственным организациям особой роли в содействии ГВ и оказанию помощи, необходимой беременным и матерям младенцев и детей раннего возраста независимо от того, кормят они грудью или нет.
- Существование узаконенного рынка детских смесей и соответствующих ингредиентов для их приготовления для тех случаев, когда матери не кормят грудью полностью или частично. Необходимость предоставлять всем нуждающимся в таких продуктах возможность получить их через коммерческие и некоммерческие системы распространения, продавая и распространяя таким образом, чтобы это не препятствовало защите и поддержке ГВ.
- Необходимость особого подхода к маркетингу ЗГМ, поскольку обычные методы продвижения этих продуктов неприменимы из-за особой уязвимости младенцев в первые месяцы жизни и в связи с опасностью при неправильной практике кормления, включая неоправданное и неуместное использование ЗГМ.

Под действие Свода правил попадает продвижение следующих продуктов.

- ЗГМ — любые типы молока или его заменителей, реализуемые на рынке в качестве продуктов, предназначенных для кормления детей грудного и раннего возраста до 3 лет, включая «последующие» смеси и молочные смеси третьего уровня[2].
- Другие продукты питания и напитки, заявленные подходящими для кормления младенцев в первые 6 мес жизни (чаи, соки и воды).
- Бутылки и соски для кормления.

Рекомендуемые принципы продвижения ЗГМ в зависимости от точки приложения[2–4].

- Оформление этикетки продуктов, подпадающих под действие кодекса.
  - Не использовать изображения младенцев или другие, идеализирующие использование ЗГМ.
  - Необходимо упоминать преимущества ГВ, а также указывать на возможные риски для здоровья при нецелесообразном или неправильном использовании детских молочных смесей и других ЗГМ.
- Взаимодействие с потенциальными потребителями продуктов.
  - Запрещена любая реклама при помощи средств массовой информации (телевидения, журналов, рекламных щитов, веб-сайтов и социальных сетей).
  - Запрещены иные методы продвижения — специализированные выставки, раздача купонов со скидкой и подарочных сертификатов, продажа по более низкой цене, целевые распродажи, вручение образцов продукции беременным, матерям и членам их семей.
  - Сотрудники компаний, производящих и/или продающих молочные смеси, не должны прямо или косвенно устанавливать контакты или давать рекомендации беременным и матерям в розничных торговых точках или в социальных сетях. Запрет распространяется и на образовательные программы для родителей или других лиц, обеспечивающих уход за детьми.
- Взаимодействие с работниками системы здравоохранения.
  - Запрещены добровольные пожертвования ЗГМ или другой продукции на основе бесплатного или субсидированного распределения, передача их в качестве дара или предоставление персональных образцов работникам здравоохранения.
  - Медицинские учреждения, занимающиеся грудными детьми, которые по медицинским показаниям нахо-

* ВАЗ — высший орган Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принимающий решения. Её ежегодные сессии, в работе которых принимают участие делегации из всех 194 государств–членов ВОЗ, проходят обычно в Женеве в мае. Исполком ВОЗ — руководящий орган организации, осуществляющий управление между сессиями ВАЗ, состоит из 34 стран, избираемых сроком на 3 года. 19 мая 2020 года на сессии ВАЗ в исполком ВОЗ избрали Россию.

дятся на ГВ, не должны получать ЗГМ или другую продукцию на бесплатной основе или по низкой цене, а также раздавать образцы такой продукции. В резолюции ВАЗ 39.28 чётко сказано, что детские питательные смеси, необходимые младенцам по медицинским показаниям, следует приобретать с соблюдением нормальных закупочных процессов.

– Информация о продуктах, предоставляемая работникам здравоохранения компаниями-производителями и дистрибьюторами, должна ограничиваться научными и фактическими данными.
– Запрещено использовать медицинские учреждения для проведения мероприятий, конкурсов или кампаний, спонсировать встречи медицинских работников и научные конференции компаниями.

После утверждения кодекса в ходе последующих заседаний ВАЗ приняла целый ряд соответствующих резолюций. Утверждение резолюции 71-й сессии ВАЗ в мае 2018 года было поистине драматическим, о чём в деталях сообщила газета The New York Times[5]. Первоначально инициатором изменений, призывающих государства-члены поддерживать программы ГВ и ликвидировать ненадлежащие формы продвижения ЗГМ, выступал Эквадор. По утверждению издания, представители делегации США в ходе неофициальных консультаций с членами ВАЗ попытались вычеркнуть предлагаемые положения, а получив отказ, предупредили, что внесение этого проекта на рассмотрение повлечёт разрыв торгово-экономических отношений между двумя государствами. После этого Эквадор решил воздержаться от официального представления проекта, обратившись к российской делегации с просьбой взять эту задачу на себя. В Министерстве иностранных дел РФ официально прокомментировали ситуацию: «С учётом того, что согласованный проект резолюции полностью соответствовал российским приоритетам, делегация Российской Федерации приняла решение поддержать эквадорских партнёров. Проект резолюции был внесён группой соавторов, от имени которой наша страна направила проект в секретариат ВОЗ для публикации в качестве официального документа сессии»[6]. На следующий день после публикации статьи занимавший тогда пост президента США Дональд Трамп (Donald John Trump) написал в своём «Твиттере», что США всеми силами поддерживают ГВ, однако ограничение доступности смеси для женщин нецелесообразно[7].

Реклама — двигатель?

Запрет рекламы усугубляет травму некормления. Это один из вариантов посттравматического стрессового расстройства, определённая эмоциональная реакция, возникающая в результате болезненного для психики опыта ГВ.

Недавно родившая женщина может чувствовать чрезмерное давление из-за агрессивной пропаганды ГВ. Этике консультирования посвящены несколько разделов руководства, выпущенного ВОЗ ещё в 1993 году[8]. В нём представлены аспекты бережного консультирования и эффективные практические приёмы построения беседы.

- Избегать употребления оценивающих слов («правильно», «неправильно», «хорошо», «плохо», «достаточно», «очевидно»), поскольку они могут навести кормящую на мысль об ошибочности её действий.
- Принимать то, что думает и чувствует мать. Высказывание несогласия с ней или прямая критика снижает уверенность женщины и даже побуждает начать кормить ребёнка искусственной смесью. «Принимать» — значит реагировать спокойно, не выражая согласия или несогласия. «Отражение» слов матери, а также использование фраз и жестов, выражающих интерес к тому, что она говорит, одинаково полезны, чтобы продемонстрировать уважение.
- Распознавать и одобрять всё то, что мать и ребёнок делают правильно.

Прямая речь. Часть 1

- *Всем же известно, что если нет молока, то ты просто плохо стараешься.*
- *Одной из причин того, что я не стала ложиться костьми за ГВ, было агрессивное осуждение консультантов и активных мам. Я возненавидела кормление грудью за то непродолжительное время, что оно у меня было. Сцеженным в бутылке кормить плохо — так портится захват. И за то, что теперь из-за этого у меня и моего сына могут быть вот такие проблемы*, я ненавижу это всё ещё сильнее.*
- *У меня был разный опыт с двумя детьми. Однако давление на меня было огромное и в первом, и во втором случае. И в обоих я чувствовала себя недостаточно хорошей матерью. У женщины должен быть выбор. Иначе она просто не доживёт до этих своих возможных проблем со здоровьем, о которых вы здесь пишете.*
- *Я не видела ни одной женщины, доведённой до депрессии и суицидальных мыслей рекламой смеси. Зато видела, сколько боли приносит продвижение ГВ во что бы то ни стало.*

* В ходе дискуссии одним из аргументов в защиту законопроекта стал факт повышения определённых рисков для здоровья как самой женщины, так и её ребёнка при отказе от ГВ[9].

[Важно принимать то, что думает и чувствует мать. Высказывание несогласия с ней или прямая критика снижает уверенность женщины и даже побуждает начать кормить ребёнка искусственной смесью.]

Важная часть работы консультанта по ГВ — найти положительные стороны в сложившейся ситуации и одобрить их. Это способствует формированию у матери уверенности и стремления продолжать делать то, что у неё получается, а также доверия к тому, что предлагает специалист. Важно не говорить женщине, что делать, а помочь ей самой принять решение.

Рекламная пауза

Оказывается, мнение Дональда Трампа разделяют многие наши соотечественники. Однако факты, изложенные в отчёте о текущем состоянии продвижения сбыта ЗГМ за 2020 год, говорят сами за себя[10]. Благодаря грамотной маркетинговой политике продажи ЗГМ в мире растут невероятно быстрыми темпами. Так, в 2014 году прибыль составила $44,8 млрд, в 2020 году — $70 млрд[11], а к 2027 году, согласно прогнозу консалтинговой компании по исследованию рынка Global Market Insights, достигнет $145,2 млрд[12]. Чем можно объяснить такой успех?

- Перекрёстная реклама. В настоящее время компании активно наращивают продвижение сбыта ЗГМ для детей более старшего возраста, в том числе «последующих» смесей и молочных смесей третьего уровня. Однако эти продукты подрывают усилия по поддержанию ГВ до достижения детьми возраста 2 лет и больше. К тому же часто создают разные продукты со схожими упаковками, что служит так называемым «якорем», формирующим лояльность ко всей линейке, в том числе к смесям для детей первого года жизни. Этот приём также чреват ошибкой и кормлением ребёнка неподходящим по его возрасту продуктом питания.
- «Заявления о здоровье». Многообещающие надписи на этикетках о способностях адаптированных смесей избавлять детей от проявлений аллергии, улучшать функцию желудочно-кишечного тракта, когнитивные способности служат мощным стимулом сделать выбор в пользу именно таких продуктов. Однако нередко эти утверждения оказываются недоказанными[13,14]. В России никакие меры по проверке подобных фактов не предусмотрены, поскольку надписи на этикетках должны соответствовать только антимонопольному законодательству.
- Имитация предоставления информации. Весьма экономически действенный приём — реклама, в которой почти нет рекламы и которая выглядит как информационная статья, вызывает у её потребителя больше доверия, чем краткий рекламный слоган. Это заставляет аудиторию чувствовать себя проинформированной, при этом однобокость такого сообщения ускользает из поля зрения. Именно так можно сформировать лояльность даже самого эрудированного потенциального покупателя к тому или иному продукту.

Чтобы выявить степень включения положений Свода правил в национальные правовые меры различных государств, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ИБФАН* совместно разработали алгоритм оценивания, благодаря которому по каждому положению документа присуждают определённый балл. Максимально возможная сумма — 100 баллов. Положения стран с правовыми мерами, набравшими 75 баллов или более, считают «в значительной степени согласованными со Сводом», 50–75 баллов — «умеренно согласованными со Сводом», 50 баллов и менее — «некоторые положения Свода включены». Россия получила 12 баллов из 20 возможных по положению «сфера применения» и шесть баллов из 15 возможных по положению «маркировка», общий балл составляет 18.

* ЮНИСЕФ (United nations international children's emergency fund, UNICEF) — Детский фонд Организации Объединённых Наций (ООН). ИБФАН (International baby food action network, IBFAN) — Международная сеть по надзору за продуктами детского питания для детей грудного и раннего возраста.

Прямая речь. Часть 2

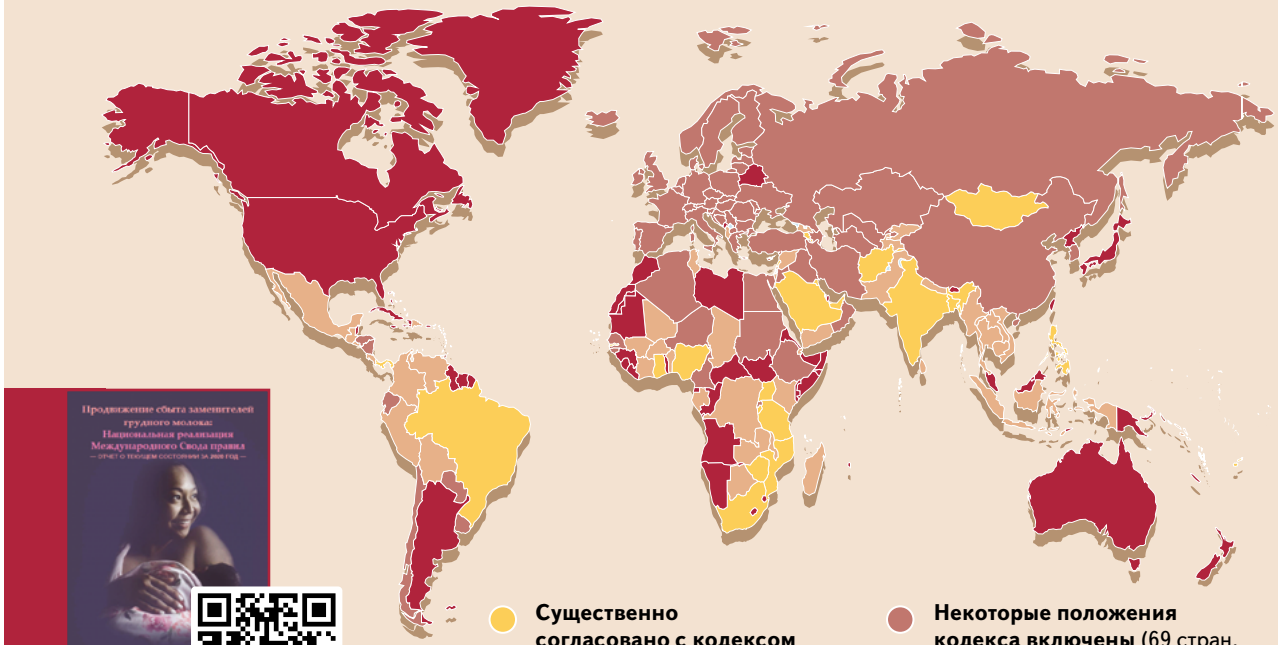
- *Отсутствие рекламы лишает возможности выбрать. Если все будут говорить только про ГВ, то откуда женщина узнает об искусственном питании? До недавнего времени молоком коровы кормили. И до сих пор кормят.*
- *Для меня знание о возможности искусственного вскармливания и его легитимизация окружением были определённым ресурсом. И да, я докармливала смесью до 6 мес. А рассказы про необходимость ГВ и консультации совершенно точно не были помощью. Законопроект мне не нравится именно тем, что делает кормление смесью менее легитимным.*
- *Если рекламу смесей запрещать, то давайте заодно запретим показывать людям безлактозное молоко и продукты для диабетиков, а также рекламу контактных линз и слуховых аппаратов, потому что в норме люди хорошо видят и слышат. Не в идеале, а в норме*.*

* Здесь речь идёт о том, что идеализация ГВ («грудное молоко — лучшая пища для ребёнка») имеет обратный эффект, поскольку идеал всегда труднодостижим и при возникновении проблем с кормлением становится важно найти простое решение. На фоне «идеального» ГВ таким выходом часто становится смесь. Правильнее подчёркивать натуральность и нормальность такого типа питания ребёнка и указывать на повышение тех или иных рисков, что характерно при отклонении от естественного хода развития событий.

[Компании активно продвигают «последующие» смеси и молочные смеси третьего уровня, но эти продукты подрывают усилия по поддержанию грудного вскармливания до достижения детьми возраста 2 лет и более.]

ДВЕ ТРЕТИ МИРА — В ТЕМЕ!

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕЖДУНАРОДНОГО КОДЕКСА ПРАВИЛ ПО ПРОДВИЖЕНИЮ СБЫТА ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА, 2020 ГОД*



- **Существенно согласовано с кодексом** (25 стран)
- **Умеренно согласовано с кодексом** (42 страны)
- **Некоторые положения кодекса включены** (69 стран, в том числе Россия)
- **Правовые меры отсутствуют** (58 стран)

136 ИЗ 194

ГОСУДАРСТВ–ЧЛЕНОВ ВОЗ

приняли те или иные правовые меры, предусматривающие положения по внедрению Международного кодекса правил по продвижению сбыта заменителей грудного молока. Неплохо, но 58 стран — пока ещё в «отстающих».

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Не рекламировать смеси **в СМИ**.
- Не продвигать их **на выставках**, не продавать по более низкой цене.
- **Не консультировать** кормящих матерей **в розничных торговых точках, в соцсетях** и на других интернет-платформах.
- Не раздавать образцы молочных смесей работникам здравоохранения, медицинским учреждениям и матерям.
- Не использовать **изображения младенцев**, идеализирующих применение заменителей грудного молока.

ВЫВОД: Прогресс есть! Однако во многих странах сохраняются **правовые недостатки** в плане продвижения заменителей грудного молока. Поможет ли **ограничение рекламы** таких продуктов распространению грудного вскармливания? Время покажет!

* Продвижение сбыта заменителей грудного молока: Национальная реализация Международного кодекса правил, отчёт о текущем состоянии за 2020 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. 88 с.

Прямая речь. Часть 3

- *Я счастлива, что оба раза свернула ГВ как можно скорее, потому что ненавидела каждую минуту изнурительного сцеживания, ненавидела свой запах, хотела на работу. И ничего, нет никаких болезней, которыми меня пугала педиатр.*
- *Я чувствовала себя «недоматерью», у которой нет «чудесного чувства единения», «лучшего наслаждения, какое может быть у матери», и прочего елея, который лился ко мне со всех сторон. Я считаю, что в моей послеродовой депрессии не последнюю роль сыграло ГВ.*

К апрелю 2020 года 136 из 194 государств–членов ВОЗ приняли те или иные правовые меры, предусматривающие положения по внедрению Свода правил[15]. Из них 25 стран приняли меры, в значительной степени соответствующие документу, ещё 42 — имели меры, которые умеренно согласованы, 69 (в частности, Россия) — включили только некоторые положения, а 58 — вообще не приняли никаких правовых мер. Примечательно, что США находятся именно в последней категории.

В заключительной части отчёта ВАЗ приведены следующие рекомендации.

1. Законодатели и директивные органы должны признавать свои обязательства как в соответствии с международным законодательством в области прав человека, так и в рамках международных соглашений, поощрять и защищать ГВ, а также искоренять ненадлежащие формы продвижения сбыта ЗГМ.

2. Странам следует проанализировать и устранить недостатки в существующем законодательстве. В частности, укреплять свою нормативно-правовую базу, чтобы:
   - ликвидировать все формы пропаганды ЗГМ, использования бутылок для кормления и сосок среди населения в целом и в медицинских учреждениях;
   - запретить все подарки работникам здравоохранения и другие формы ненадлежащего взаимодействия между компаниями-производителями и дистрибьюторами ЗГМ, медицинскими работниками и системами;
   - дать возможность уполномоченным государственным органам вводить санкции в случае выявления и подтверждения нарушений;
   - прямо включить в сферу действия своего национального законодательства молочные продукты, предназначенные и продаваемые как пригодные для кормления детей в возрасте до 36 мес;
   - ввести запрет на пропаганду прикорма для детей в возрасте до 6 мес.

3. Законодательство должно подкрепляться выделением достаточных бюджетных средств и людских ресурсов с тем, чтобы обеспечить его полное осуществление в соответствующих секторах.

4. Правительствам следует создать надёжные и устойчивые механизмы мониторинга и правоприменения для осуществления национальных законов и нормативных актов.

5. Правительствам следует применять сдерживающие санкции в случае нарушения национального законодательства о Своде правил.

6. Медицинские работники должны быть информированы о своих обязанностях в соответствии со Сводом правил и национальным законодательством, чтобы избежать конфликта интересов и полностью защищать, поощрять и поддерживать ГВ.

[При дисфорическом рефлексе отделения молока — синдроме D-MER, обусловленном снижением концентрации дофамина, — женщина испытывает ухудшение настроения при прикладывании ребёнка к груди.]

Таким образом, очевидно, что реклама отнюдь не столь безобидна и невлиятельна, как многим хотелось бы верить. Если же говорить об ограничении свободы выбора ЗГМ (ведь свобода его приобретения запретом рекламы никак ограничена не будет, а стоимость продукции может даже снизиться), то, согласно ст. 6.5 Свода правил, «в случае необходимости только работники здравоохранения или представители других коммунальных служб должны демонстрировать вскармливание детскими питательными смесями... только матерям или членам их семей, которые будут ими пользоваться. Матерям должна предоставляться информация, содержащая точные сведения о возможном вреде при их неправильном использовании». Сравнивать же запрет рекламы смеси с запретом рекламы слуховых аппаратов (поскольку в норме люди хорошо слышат), как сказала одна из участниц обсуждения на форуме, совершенно некорректно, поскольку представить необоснованное применение слухового аппарата даже при очень хорошем воображении невозможно.

Говоря о глобальных правах и свободах человека, можно обратиться к Конвенции ООН о правах ребёнка. Многие статьи в ней созвучны цели, закреплённой в Своде правил, например, когда речь идёт о праве детей на наивысший достижимый уровень здоровья, в частности за счёт снижения уровней смертности младенцев и содействия ГВ. Комитет ООН по правам ребёнка — независимый экспертный орган, контролирующий соблюдение правительствами положений конвенции, открыто признаёт, что осуществление Свода правил — вполне обоснованная мера для выполнения правительствами своих обязательств по обеспечению исполнения прав детей на здоровье и медицинскую помощь (ст. 2^{1}).

Думать противно!

Бывает, что женщине объективно неприятен факт или процесс кормления грудью. Это может быть обусловлено и психологическими (депрессия, предше-

ствовавший опыт насилия, агрессивного родовспоможения и др.), и физиологическими факторами. Пациентки с индивидуальной чувствительностью на выброс окситоцина предъявляют жалобы на зуд кожи груди и подмышек, приливы жара, потливость, тошноту во время кормления. Резкий запах, появляющийся при ГВ, облегчающий ребёнку поиск груди матери и служащий для него сигналом безопасности, может оказаться для неё неприятной неожиданностью[16]. При дисфорическом рефлексе отделения молока — синдроме D-MER (dysphoric milk ejection reflex), обусловленном физиологическим снижением концентрации дофамина, необходимым для роста уровня пролактина, — женщина испытывает ухудшение настроения при прикладывании ребёнка к груди[17].

Учитывая всё это, становится ещё более очевидной необходимость поддерживать кормящую мать при возникновении у неё тех или иных трудностей, без осуждения вникать в суть происходящего, чтобы вовремя рекомендовать те или иные меры по исправлению ситуации или помочь ей плавно завершить кормление.

Медицинские аспекты

Соблюдение кодекса и соответствующих резолюций ВАЗ — главное условие для достижения оптимальной практики кормления детей грудного и младшего возраста во всём мире[3]. Одна из мер — доступ к опытным консультантам по ГВ. Кормящие матери нуждаются в помощи не только словом, но и делом. Каждый специалист в области родовспоможения должен уметь оказать практическую помощь или дать действенные рекомендации в следующих ситуациях.

- Трудности при прикладывании ребёнка к груди — это напрямую влияет на эффективность сосания.
- Необходимость организовать сцеживания при разделении матери и младенца — редко женщины владеют техникой бережного и эффективного ручного сцеживания, а если она оказывается неприемлемой, актуально обучение эффективному сцеживанию при помощи молокоотсоса.
- Трещины сосков — чаще всего причинами становятся нарушение техники прикладывания и особенности функции мышц ребёнка, участвующих в сосании.
- Нарушения оттока молока — такие ситуации требуют поиска и устранения механических препятствий оттоку, обучения бережному сцеживанию, рекомендаций по снятию отёка тканей, во многих случаях — коррекции техники прикладывания ребёнка к груди.
- Гипогалактия — увеличения интенсивности выработки молока можно достичь, повысив эффективность сосания ребёнком груди и регулярными (частыми и продолжительными) стимулирующими сцеживаниями.
- Гиперлактация — избыточную интенсивность выработки молока можно корректировать постепенным увеличением интервалов между сменой груди (сколь угодно частые прикладывания к одной и той же груди в течение 2–3–4–5 ч).
- Отказ ребёнка от груди — чаще всего происходит при использовании сосок и бутылок, что требует консультации по выбору альтернативных средств для докорма.
- Лактазная недостаточность, аллергия к белкам коровьего молока (АБКМ) — в ряде случаев проблему удаётся решить коррекцией прикладывания и более редкой сменой груди, в иных ситуациях необходим подбор препарата лактазы и его дозировки, а в случае АБКМ — назначения элиминационной диеты для матери.
- Мастит, в том числе требующий хирургического вмешательства, — предпочтительными будут миниинвазивные методы лечения.
- Необходимость приёма лекарственных препаратов — знания о свойствах медикаментов, их способности проникать в грудное молоко, скорости элиминации, проведённых исследованиях об их совместимости с кормлением часто позволяют до-

Прямая речь. Часть 4

- *Все давят, что я должна кормить грудью во что бы то ни стало, но никто не говорит толком, что исправить и как. Все советы — прикладывайте чаще. Прикладывала, но сын не желает стараться, при этом голодный. У ребёнка подруги оказалась непереносимость её молока, плохо набирал вес. Врачи сказали перейти на смесь, перевела — и стало всё хорошо, но она переживала, что с ней что-то не так.*
- *Конкретно мой случай (резус-конфликт) был осложнён некомпетентной рекомендацией врачей не кормить ребёнка грудью первые 3 дня. Я сама пыталась прикладывать, но не понимала, как это сделать, пока не пришла в смену другая доктор. Она наглядно показала, как всё работает, и объяснила, что отменять прикладывание при резус-конфликте — неактуальная информация. Смесь тоже назначает врач по показаниям, в частности при нежелании женщины кормить грудью, и адекватный специалист сделает выбор в пользу спокойствия матери. Получается, что основная проблема в этой триггерной теме не в рекламе или пропаганде ГВ теми, кто не имеет к нему никакого отношения, а в компетентности медицинского персонала, который окружает женщину в родах и после.*

[Пока специалист по грудному вскармливанию в нашей стране остаётся фантомной фигурой, оплата его труда ложится на плечи кормящих матерей, что не способствует формированию лояльности к такой помощи.]

полнить информацию, указанную в аннотации к лекарственным средствам, и подобрать безопасную для детей терапию.

- Необходимость выхода на работу — в зависимости от возраста ребёнка можно подобрать приемлемую для семьи стратегию сохранения ГВ.

Если же действенную помощь оказать невозможно, крайне важно не усугублять ситуацию неосторожными и, главное, ненужными высказываниями о неудачной форме сосков матери или лени ребёнка.

Выгодное предложение. Или нет?

Эффективность внедрения специалистов по ГВ в штат учреждений родовспоможения и детства, в том числе экономическая, продемонстрирована в различных исследованиях. Однако в России это пока редкое исключение из правил: в классификаторе профессий такой специальности нет, в номенклатуре медицинских должностей тоже.

По различным подсчётам, отказ от кормления грудью оборачивается глобальными экономическими потерями в $302–341,3 млрд, или 0,49–0,7% валового мирового продукта, за счёт гибели детей в возрасте от 6 мес до 5 лет — от пневмонии и диареи, роста детского ожирения, смерти матерей от рака груди и яичников и осложнений сахарного диабета 2-го типа, а также ввиду снижения интеллектуального потенциала населения[18,19].

По приблизительным подсчётам Национальной службы здравоохранения Великобритании, продолжительность эксклюзивного ГВ 45% младенцев в течение первых 4 мес их жизни может сохранить в бюджете государства £40 млн[20]. Результаты финансового планирования в США не менее убедительны: если 90% матерей будут придерживаться принципа эксклюзивного ГВ в течение первых 6 мес после родов, расходы государства в этом случае снизятся на $13 млрд в год[21].

По данным Мировой инициативы по анализу финансовых аспектов ГВ, стоимость внедрения Глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста в 214 странах могла бы составить всего $17,5 млрд ($130 на одного новорождённого)[22].

Повышение доступности профессиональной помощи по вопросам ГВ вносит значимый вклад в увеличение распространённости и продолжительности кормления грудью — рост частоты инициации естественного вскармливания (в 1,35 раза) и его продолжительности (через 1 мес после родов на ГВ остаются в 1,49 раза больше младенцев, на эксклюзивном ГВ — в 1,71 раза)[23–25]. Пока специалист по ГВ в нашей стране остаётся фантомной фигурой, оплата его труда ложится на плечи кормящих матерей, что не способствует формированию лояльности к такой помощи. Однако и обвинять консультанта в алчности и корысти в дискуссии о рекламе смеси вряд ли возможно, поскольку главная цель такой рекламы (тоже отнюдь не бесплатной) — повышение продаж рекламируемого продукта, как бы ни хотелось верить в то, что это не так.

[Эффективность внедрения специалистов по ГВ в штат учреждений родовспоможения и детства продемонстрирована в разных исследованиях. Однако в РФ в классификаторе профессий такой специальности нет.]

Прямая речь. Часть 5

- *Раз ГВ — норма, ведите разъяснительную деятельность, заранее готовьте будущих мам и рассказывайте про варианты, предоставьте специалистов по ОМС. А то выходит, что плохо работаете вы, а виновата реклама смесей.*
- *У меня кормление грудью прошло гладко, через год сын сам отказался от груди. Однако я видела не рекламу смесей, а пропаганду ГВ. Я кормила грудью только потому, что мне это довольно легко далось и это было бесплатно, а смесь дорогая. И да, я считаю, что недавно родившей женщине лучше нанять няню, которая 2 ч погуляет с коляской вместо неё, и кормить ребёнка смесью, чем выложить деньги консультанту по кормлению грудью.*
- *Я тоже делала это, потому что грудное молоко бесплатное, а в 1,5 года уже можно было и молоком с кефирами с молочной кухни кормить. Консультация специалиста по ГВ стоит около 3000–5000 руб. Интересно, у многих матерей в декрете есть деньги на него?*
- *Запретить не стоит ничего вообще, а вводить, например, консультанта по ГВ в ОМС ой как дорого, поэтому депутаты руководствуются далеко не заботой о здоровье женщин и детей, а педалированием повестки за чужой счёт с минимальными затратами.*

Обсуждение тем, касающихся материнства и детства, никогда не бывает спокойным — они таят много тревог, стремлений, надежд, убеждений, трудностей и разочарований. Именно поэтому здесь общий принцип медицины «не навреди» принимает особое значение. На плечи помогающего специалиста ложится большая ответственность: поддержать кормящую мать там, где ситуацию можно исправить, или принять её решение о прекращении ГВ, удержавшись от осуждения. Безусловно, запрет рекламы смеси снизит исходную предрасположенность женщин к неоптимальным стратегиям вскармливания младенцев и облегчит задачу оказания профессиональной помощи в столь деликатном вопросе. SP

Библиографию см. на с. 82–87.

нет, всё понятно. но что конкретно?

Интервью с заместителем медицинского директора компании «АльфаСтрахование-ОМС», канд. мед. наук Анастасией Михайловной Лебедевой (Москва)

Беседовал: Александр Васильевич Иванов, StatusPraesens (Москва)

О том, что всё имеет свои последствия, мы узнаём ещё в детстве, и это выглядит простым и понятным: «Не было гвоздя — подкова пропала, не было подковы — лошадь захромала, лошадь захромала — командир убит, конница разбита — армия бежит»*. Уже потом, повзрослев, понимаешь, насколько сложно бывает разобраться в истинных причинах происшествия, особенно когда за дело берутся сразу несколько экспертов. «Три смелых зверолова сидели под кустом, а кто-то на берёзе помахивал хвостом. Один воскликнул: "Белка! Стреляй, чего глядишь!" Другой сказал: "Собака!", а третий крикнул: "Мышь!"»**...

SP Уважаемая Анастасия Михайловна, в 2021 году произошёл резкий рост материнской смертности, и многие эксперты связывают это с эпидемией COVID-19. В то же время понятно, что определить реальные причины летального исхода можно только при анализе конкретного случая. Этим в свою очередь должны заниматься врачебные комиссии (ВК) медицинских организаций, региональные органы управления здравоохранением и страховые компании, работающие в сфере ОМС. Всегда ли их выводы совпадают, особенно в части оценки правильности действий медработников?

Анастасия Михайловна Лебедева (А.Л.): Безусловно, каждый случай оказания медицинской помощи с летальным исходом подлежит подробному разбору, главная цель которого — выявить все допущенные ошибки и проанализировать их причины, чтобы предотвратить подобные ситуации в будущем. Именно поэтому обязательность таких проверок определена приказами Минздрава РФ, регламентирующими внутренний[1], ведомственный[2] и государственный[3] контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Кроме того, их проводят страховые компании, работающие в сфере ОМС: одна из их главных задач — предупреждение нарушений при обследовании и лечении застрахованных[4].

Очевидно, что первый вопрос — что именно стало причиной смерти? Согласно приказу Минздрава РФ №364н, ответ на него должен быть дан по результатам патологоанатомического вскрытия и исследования внутренних органов и тканей умершего человека, мертворождённого или плода[5]. Это позволяет сделать наиболее объективные выводы, хотя все понимают, что иногда ошибиться может и патологоанатом. Сегодня эта служба работает с колоссальной нагрузкой, буквально на пределе своих возможностей. В 2019 году

* С.Я. Маршак «Гвоздь и подкова».

** С.Я. Маршак «Три зверолова».

Анастасия Михайловна Лебедева,
зам. медицинского директора компании «АльфаСтрахование-ОМС», канд. мед. наук (Москва)

деятельности[9]. В то же время в Карте донесения о случае материнской смерти (уч. ф. №003/у-МС)[10] нужно конкретизировать категорию расхождения, а приказ Росздравнадзора №11635[11] вообще предписывает оценивать только расхождения II и III категории, связанные с дефектами помощи, выявленными при экспертизе. При этом нормативные правовые акты, дающие определение категориям и определяющие порядок принятия соответствующих решений, сегодня отсутствуют.

В 2019 году Российское общество патологоанатомов и Ассоциация судебно-медицинских экспертов выпустили методические рекомендации[12], в которых изложены следующие тезисы. I категория расхождения: поставить правильный диагноз было невозможно, и ошибка (нередко допущенная при предыдущих обращениях) не повлияла на исход. II категория: диагностической ошибки можно было избежать, но она не оказала существенного влияния на исход. III категория: верный диагноз был возможен, ошибка повлекла за собой неадекватную тактику, что сыграло решающую роль в наступлении смерти.

По предложению авторов документа термин «расхождение» заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов следует применять только в отношении основного заболевания. Факты несовпадений, а также причины неверной диагностики осложнений, коморбидных и сопутствующих болезней должен констатировать патологоанатом или судебно-медицинский эксперт. Окончательное решение принимает подкомиссия ВК по изучению летальных исходов (ПИЛИ) или клинико-анатомическая конференция (КАК).

Ещё раз обращаю внимание, что это не приказ, а только методические рекомендации, в создании которых не принимали участия клиницисты. Некоторые использованные формулировки допускают двойные толкования, а ряд тезисов противоречит действующим нормативно-правовым актам. Но ничего другого у нас просто нет.

Напомню, что ст. 58 Федерального закона №323-ФЗ[13] относит установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо факторов и состоянием здоровья к предмету медицинской экспертизы. Полномочия ВК[14] в этой части ограничены определением трудоспособности, направлением на МСЭ и экспертизой профессиональной пригодности некоторых категорий работников (хотя приказ Минздрава РФ №1130н предписывает указывать в первичной документации вывод ВК о предотвратимости материнской или младенческой смерти). К сожалению, по нашему опыту, в половине случаев разборы ПИЛИ сводятся к формальному сравнению действий врачей с теми, которые обозначены в порядках и клинических рекомендациях. Думаю, многие руководители медорганизаций вообще не видят «выгоды» в детальном анализе проведённого лечения.

Эксперты качества медицинской помощи, оказанной по ОМС, обязаны классифицировать выявленные нарушения согласно приказу Минздрава РФ №231н. Он в свою очередь связывает установление неверного диагноза с его несоответствием результатам обследования или с отсутствием обоснования. Выяснение категории расхождения приказом не предусмотрено, как и возможность применения каких-либо санкции за низкое качество разбора случая на ВК (хотя при отсутствии протокола ПИЛИ эксперты указывают на это в своём заключении).

Что касается врача-патологоанатома, то его профессиональный стандарт[15] предполагает определение причин смерти, но не позволяет делать выводы об ошибках диагностики.

И только судебно-медицинский эксперт имеет полномочия определять как категорию, так и причины расхождения заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов[16].

SP Согласно приказу №113н, в Индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы нужно указывать основной диагноз, осложнения беременности и сопутствующие заболевания

> [Патологоанатомическая служба работает сегодня с огромной нагрузкой: в 2019 году в ней насчитывалось всего 3212 врачей, которые провели 8,5 млн исследований биопсийного материала и 487 тыс. вскрытий.]

в ней насчитывалось всего 3212 врачей (на 7793 штатные должности, из которых 1,5 тыс. остались вакантными), которые провели почти 8,5 млн исследований биопсийного материала и 487 тыс. вскрытий[6].

По данным Минздрава РФ, в 2019 году число расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов составило 22 682 (а в 2014 году их было 41 534). Можно ли сделать вывод, что всех этих пациентов лечили «не от того»? Всё не так однозначно — здесь мы сталкиваемся с «серой зоной» в нормативно-правовом регулировании.

С одной стороны, расхождение диагнозов отнесено к критериям оценки качества медицинской помощи в условиях стационара[7]. Лечебные учреждения обязаны указывать общее количество расхождений в статистических отчётах по форме №14[8] — это ключевые показатели государственного контроля качества и безопасности медицинской

(отдельно соматические и гинекологические), в Медицинской карте беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях, — основной диагноз, осложнения основного, конкурирующее, фоновое, сопутствующее заболевания, внешнюю причину при травмах (отравлениях), а в эпикризе кесарева сечения — отдельно клинический диагноз и осложнения. Как должен быть сформулирован диагноз, чтобы у экспертов страховых компаний не было к нему претензий?

А.Л.: Согласно Федеральному закону №323-ФЗ, диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном и сопутствующих заболеваниях (состояниях), а также об осложнениях, которые ими вызваны. Там же приведены их критерии. Первое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти. Второе не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Отмечу, что 20 декабря 2021 года был издан приказ Росстата №932[8], которым определён порядок заполнения форм статистического наблюдения в сфере охраны здоровья. В нём сказано, что первичная медицинская документация должна содержать диагноз, разбитый на разделы: основное заболевание с осложнениями, фоновое конкурирующее и сопутствующие заболевания. К сожалению, в действующих приказах нет определения фонового или конкурирующего заболевания.

В уже упоминавшихся методических рекомендациях сказано, что фоновое заболевание — то, которое стало одной из причин развития другой самостоятельной нозологии, отягощало её течение, требовало оказания медицинской помощи и способствовало возникновению общих осложнений (при летальном исходе — смертельного). А конкурирующее — то, которым пациент страдал

© Thanh Long / Essentials /iStock

© Photographee.eu — stock.adobe.com

[В реестрах счетов диагноз должен быть указан в соответствии с кодами МКБ-10, но эксперты страховых компаний не считают дефектом использование в первичной документации альтернативных классификаций.]

одновременно с основным, равноценное ему по тяжести течения, потребовавшее оказания помощи в связи с не меньшей угрозой жизни и здоровью и способное самостоятельно привести к смерти. В этом документе есть и другие определения: для коморбидного и сочетанного заболеваний (состояния) и целых два — для осложнений.

В отношении экспертиз качества медицинской помощи напомню, что в форме заключения, утверждённой ранее действовавшим приказом ФФОМС №36[17], как заключительный клинический, так и патологоанатомический диагноз состоял всего из трёх разделов: основной, осложнение и сопутствующий.

На мой взгляд, если нозологическая форма указана «не в своём» разделе, это не может быть поводом для штрафных санкций в связи с «установлением неверного диагноза» (код нарушений 3.1). Вообще неправильный диагноз, особенно ставший причиной смерти пациента, — всегда результат ненадлежащего оказания медицинской помощи, например невыполнения или несвоевременного выполнения диагностических исследований в соответствии с порядками, на основе клинических рекомендаций и с учётом стандартов или же рекомендаций сотрудников национальных исследовательских центров, данных при телемедицинских консультациях. А это уже другой код нарушений — 3.2, который обязательно должен быть указан в акте экспертизы.

Более того, хотя реестры счётов на оплату услуг по ОМС должны содержать диагнозы в соответствии с МКБ-10[18], эксперты достаточно спокойно относятся к тому, что в первичной документации врачи часто используют альтернативные классификации, приведённые в клинических рекомендациях, это не считается дефектом. Главное условие — формулировки не должны мешать оценить адекватность оказанной медицинской помощи.

SP В отличие от порядка акушерско-гинекологической помощи, в приказе №203н термин «заключительный клинический диагноз» вообще не упоминается. Что с чем и по какой методике нужно сопоставлять? Учитывают ли эксперты категории расхождений, рекомендованные Российским обществом патологоанатомов, если это не предусмотрено порядком проведения патологоанатомических вскрытий?

А.Л.: Начну с того, что основание для финансовых санкций в системе ОМС с кодом 3.10 — «расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медорганизации или её структурного подразделения» — практически не применяется, и для этого есть несколько причин.

Первая — согласно методическим рекомендациям, при I категории расхождений поставить правильный диагноз невозможно. Но у нас нет нормативных правовых актов, позволяющих сделать такой вывод. Вторая — имеется «привязка» к оценке оснащения, что не входит в компетенцию страховой компании. Правда, иногда мы можем воспользоваться выводами, сделанными при проверке Росздравнадзора, но это большая редкость.

SP Насколько я знаю, вы с коллегами выполнили довольно крупное ретроспективное исследование причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов. К каким выводам вы пришли?

А.Л.: Действительно, мы проанализировали 3250 случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом, по поводу чего были выполнены патологоанатомические вскрытия. Оказалось, что существуют три сценария, в результате которых клинический диагноз не совпадает с патологоанатомическим.

Первый из них приводит к формальному несоответствию. Нарушена структура клинического диагноза (например, заболевание, определившее танатогенез, не указано как основное), однако все нозологии указаны верно.

Второй — когда лечащий врач не даёт должной оценки изменениям клинической картины. Как правило, заболевание, обусловившее новую симптоматику, относится к другому профилю, и адекватное обследование и лечение проводят со значительным опозданием (или не проводят вообще). Часто врач не отражает такие симптомы в дневниках, хотя в 45% случаев соответствующее указание есть в записях других специалистов, а ещё в 20% результаты вскрытия свидетельствуют, что они должны были иметь место.

Третий — при дифференциальной диагностике врач вообще не учитывает возможность заболевания «другого профиля», которое может иметь сходные проявления. Истинная причина смерти остаётся ему неизвестной. В то же время, по данным вскрытия, летальный исход не позволил провести диагностический поиск в полном объёме только в 29% случаев.

Приведу пример. Беременная 34 лет была госпитализирована в гинекологическое отделение в сроке 25 нед по поводу анемии (Hb 91 г/л) и гипотонии (АД 90/60 мм рт.ст.) через 2 нед после перенесённого ОРЗ. В течение недели, проведённой в стационаре, отмечала постепенное прогрессирование общей слабости и появление головокружения. В медицинской документации была сделана отметка о назначении консультации невролога. На восьмой день предъявляла жалобы на «двоение в глазах», не могла стоять самостоятельно из-за слабости в нижних конечностях. Невролог указал диагноз «Вестибулопатия неясного генеза. Полирадикулопатия (?)», назначил КТ головного мозга и пояснично-крестцового отдела позвоночника, электронейромиографию; из лечения — инъекции витаминов группы В.

[Довольно часто лечащий врач или не оценивает должным образом симптомы, обусловленные заболеванием «другого профиля», или интерпретирует их сугубо в рамках своей специальности.]

На девятый день пациентка пришла в состоянии комы и была переведена в отделение реанимации. Был собран консилиум, который установил диагноз «синдром Гийена—Барре с тетрапарезом и бульбарными нарушениями». Назначена противовирусная терапия и высокие дозы глюкокортикоидов. В течение 10 дней отмечалось прогрессирование неврологической симптоматики, нарушение функции почек, была диагностирована пневмония. На седьмой день пребывания в отделении реанимации произошли самостоятельные роды мёртвым плодом.

По настоянию родственников региональный минздрав организовал телемедицинский консилиум с участием специалистов Национального медицинского исследовательского центра с последующим переводом в это учреждение, но было уже поздно. На фоне тяжёлой полиорганной недостаточности пациентка скончалась.

При мультидисциплинарной экспертизе качества медицинской помощи были сделаны выводы о неверном выборе выжидательной тактики при нарастающей неврологической симптоматике; вопрос о переводе в неврологическое отделение не рассматривался вообще; телемедицинский консилиум был проведён с большим опозданием; качество медицинской помощи в отделении реанимации было ненадлежащим.

[Пациентке должен быть оказан весь объём помощи в соответствии диагнозом. Аргумент, что специалист не может назначить какие-то исследования или лекарства «не своего профиля», не принимается.]

SP Клинические рекомендации, на основе которых оказывается медицинская помощь с 1 января 2022 года, имеют междисциплинарный характер[19], а профессиональный стандарт акушера-гинеколога[20] требует от него знания всех протоколов лечения, которые могут быть применены при ведении пациентки во время беременности, родов и в послеродовом периоде или при наличии у неё гинекологических заболеваний. Может ли узкий специалист назначать исследования и методы лечения не по своему профилю или страховая компания откажется их оплачивать?

А.Л.: Согласно Федеральному закону №323-ФЗ, вопрос о проведении консультаций и консилиумов входит в компетенцию лечащего врача, который определяет их необходимость. Для некоторых ситуаций на обязательность их назначения прямо указано в порядках и клинических рекомендациях. Эксперт страховой компании будет оценивать, какие исследования и консультации, показанные при данном состоянии, не были выполнены и как это повлияло на тактику лечения и исход.

Пациенту должен быть оказан весь объём медицинской помощи, необходимый согласно диагнозу (всем его разделам), указанному в первичной документации. Аргумент, что какие-то исследования или лекарства не могут быть назначены как «не соответствующие профилю» специалиста или отделения либо «потому что их не оплатят», не работает. Напомню, что консультанты дают рекомендации, которые должны быть подтверждены лечащим врачом (за исключением случаев оказания экстренной помощи), то есть все назначения делает именно он. Невозможность организовать консультацию не освобождает его от обязанности лечить правильно. SP

Библиографию см. на с. 82—87.

где «сбойнул» alarm-менеджмент?

Акушерская эмболия: клинический разбор случая near miss

Автор: Марина Геннадьевна Николаева, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии АГМУ (Барнаул)

Рецензенты: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГКБ №70 им. Е.О. Мухина, зав. перинатальным центром той же больницы; Евгений Николаевич Дегтярёв, канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реанимации того же перинатального центра (Москва)

Копирайтинг: Ольга Быкова

В России слово «аларм» использовали в военном деле в качестве сигнала боевой тревоги для немедленного вступления в бой или повышения уровня боевой готовности, в английском языке alarm означает «тревога», по-французски a l'arme — «к оружию». Этот термин достаточно прочно вошёл в лексикон русских людей, практически полностью сохранив своё значение[1,2]. Сегодня его используют фактически все «технари», но и в медицине он вполне уместен, особенно когда означает ситуации, которые должны насторожить клинициста, нацелить его на поиск скрытых до поры до времени признаков наступающего неблагоприятного для жизни и здоровья пациента события.

Одно из таких — акушерская эмболия. По данным современных авторов, частота осложнения не так высока и возникает у трёх–пяти женщин на 100 тыс. родов, но летальность поистине впечатляет — 80–90%[3]. Совместный разбор акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами каждого из подобных случаев позволяет составить точную программу действий, своеобразный alarm-менеджмент, дающий возможность вовремя заметить приближение беды, предусмотреть негативные сценарии и предотвратить гибель пациентки.

Согласно действующим в России клиническим рекомендациям, акушерскую эмболию рассматривают как анафилактическую реакцию на биологически активные вещества, входящие в состав амниотической жидкости, выражающуюся в остром развитии артериальной гипотонии, шока, дыхательной недостаточности, гипоксии и коагулопатии с массивным кровотечением. Это патологическое состояние возникает во время беременности, родов и в течение 12 ч после родов при отсутствии других причин. Такое определение незыблемо уже много лет, оно осталось неизменным и в последней версии документа[4]. Однако что обеспечивает реальную готовность специалистов к развитию этого грозного осложнения? Насколько важно встретить его максимально во «всеоружии» — материальном, моральном, интеллектуальном, — продемонстрировано в представленном клиническом случае.

Реперные точки неблагополучия

Пациентка Ж., 30 лет. Настоящая беременность — первая, хотя и непростая: в анамнезе фигурировали нарушение репродуктивной функции на протяжении 4 лет, индукция овуляции в 2018 году, овариолизис и цистэктомия справа, коагуляция эндометриоидных очагов левого яичника в 2016 году. Не обошлось и без экстрагенитальных заболеваний: жен-

щина перенесла мочекаменную болезнь, гидронефроз обеих почек. На момент беременности хронический пиелонефрит находился в стадии ремиссии. Женщина перенесла ещё одну операцию — герниопластику пупочной грыжи в 2000 году.

Своевременная постановка на учёт в женскую консультацию (на сроке 9 нед гестации) и дисциплинированность пациентки позволили лечащему врачу выполнить все необходимые скрининговые мероприятия, подтвердившие полное предлежание плаценты и отсутствие нарушений маточно-плацентарного кровотока. На сроках 9 и 11–12 нед проходила лечение по поводу угрожающего самопроизвольного выкидыша.

В 30+1 нед беременности женщину госпитализировали в отделение патологии беременности родильного дома. При общем осмотре в момент госпитализации врачи не выявили существенных отклонений от нормы: состояние удовлетворительное, отёков нет, индекс массы тела 23,9 кг/м^2, температура тела 36,5 °С, артериальное давление (АД) 120/81 мм рт.ст., тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) 73 в минуту. Частота дыхательных движений (ЧДД) 16 в минуту, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт беременной матки, матка в нормотонусе. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Влагалищные выделения слизистые, скудные. Принимая во внимание полное предлежание плаценты, при поступлении в стационар влагалищное исследование не выполняли.

Лабораторное исследование клинического анализа крови показало: гемоглобин (Hb) 107 г/л, гематокрит (Ht) 32,9%, эритроциты 3,64×10^{12}/л; лейкоциты 8,56×10^9/л, тромбоциты 206×10^9/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 31 мм/ч. Биохимический анализ крови выполнили позже, 5 августа: общий белок 73,5 г/л, протромбиновый индекс 91%, фибриноген 4,2 г/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, билирубин общий 13 мкмоль/л, билирубин прямой 2 мкмоль/л, мочевина 3,73 ммоль/л, креатинин 85 мкмоль/л; аспартатаминотрансфераза (АсАТ) 14 Ед/л; аланинаминотрансфераза (АлАТ) 13 Ед/л. Отклонений от нормы в анализе мочи не выявили.

При выполнении ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза специалисты подтвердили наличие беременности 30+2 нед, полное предлежание плаценты, поперечное положение плода. Нарушений маточно-плацентарной, плодово-плацентарной, внутриплодовой гемодинамики не выявили. Кардиотокограмма (КТГ) — нормотип.

Полученные результаты исследований в совокупности с данными анамнеза позволили врачам стационара дать оценку рисков. Так, перинатальный риск был средним, 18 баллов: эмоциональные нагрузки — 1, внутриматочные вмешательства — 2, бесплодие 2–4 года — 2, опухоли матки или яичников — 4, рецидивирующая угроза прерывания беременности — 2, неправильное положение плода — 3, заболевания почек — 4. Вероятность венозных тромбоэмболических осложнений признали низкой. Пациентке назначили антианемическую терапию и эластическую компрессию нижних конечностей.

Ставка на повышение компетенций

Через несколько дней состоялся врачебный консилиум, который принял решение о переводе пациентки в акушерский стационар третьего уровня (перинатальный центр). Лабораторные показатели по-прежнему были в пределах физиологической нормы. В ходе УЗИ подтвердили поперечное положение плода, полное предлежание плаценты, отсутствие нарушений кровотока, длина цервикального канала 40,4 мм. УЗИ почек, выполненное 7 августа, показало гидронефроз справа; каликоэктазию слева, диффузно-неоднородные изменения структуры синусов почек. На КТГ — STV (short–term variation) 10,2 в минуту, ЧСС плода 154 в минуту.

Консилиум, проведённый специалистами центра, утвердил план ведения пациентки, предусматривающий КТГ-мониторинг состояния плода, оценку выделений с помощью подкладной, плановое родоразрешение абдоминальным путём в 37 нед или ранее по показаниям, а также интраоперационную реинфузию аутоэритроцитов для минимизации использования донорских компонентов крови.

На протяжении месяца пациентка находилась под наблюдением специалистов перинатального центра. Состояние плода контролировали посредством КТГ. УЗИ органов малого таза, выполненное 13, 20 и 27 августа, подтвердило полное предлежание плаценты и отсутствие нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока; 3 сентября выявили многоводие.

Плановое кесарево сечение выполнили 9 сентября, извлекли мальчика массой 2940 г, ростом 52 см, оценка по Апгар 7/8 баллов. Воды светлые, 700 мл. Объём кровопотери составил 385 мл. Однако практически сразу после извлечения ребёнка состояние пациентки ухудшилось. Несмотря на отсутствие видимых изменений — обычную окраску кожных покровов, их нормальную температуру, розовые губы, — на фоне ингаляции увлажнённого кислорода появились тонико-клонические судороги. Анестезиолог принял решение о введении диазепама (0,5% раствор, 2 мл). Показатели АД составили 116/71 мм рт.ст., ЧСС 71 в минуту.

Через 2 мин отметили акроцианоз, пульс на сонной артерии не определялся. В 10.05 зафиксировали асистолию. Моментально предприняли реанимационные мероприятия, включившие непрямой массаж сердца, внутривенную инъекцию адреналина (1 мл), искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ). Мониторинг сердечной деятельности показал крупноволновую фибрилляцию. Дефибрилляция обеспечила восстановление синусового ритма, ЧСС 150 в минуту, АД 95/63 мм рт.ст. Пациентке ввели кетамин (5% раствор, 2 мл) и атракурия

[Практически сразу после извлечения ребёнка состояние пациентки ухудшилось. Несмотря на отсутствие видимых изменений, на фоне ингаляции увлажнённого кислорода появились тонико-клонические судороги.]

безилат (20 мг). После стабилизации состояния операцию продолжили, одновременно начали инфузию аутоплазмы (700 мл), ввели транексамовую кислоту (1000 мг), окситоцин (5 Ед). К моменту завершения вмешательства АД 112/71 мм рт.ст., ЧСС 140 в минуту.

Из операционного блока пациентку перевели в реанимационное отделение, где были сделаны назначения: электролитный раствор, окситоцин, транексамовая кислота, фактор свёртывания крови VII, ампициллин и сульбактам, преднизолон, промедол, анальгин, димедрол, глюконат кальция, этамзилат, карбетоцин, фуросемид, парацетамол, тиопентал натрия, цефтриаксон.

К исходу первого часа после родоразрешения состояние пациентки тяжёлое, она находилась на ИВЛ, АД 105/62 мм рт.ст., ЧСС 118 в минуту. Патологических выделений из половых путей не отмечали. Моча поступала по катетеру: светлая, диурез 200 мл. Повязка обильно промокала геморрагическим отделяемым, на коже петехии от электродов. Электрокардиограмма (ЭКГ): перегрузка правых отделов сердца.

В результате врачебного консилиума установили диагноз: «Состояние после срочных родов при беременности 37 нед абдоминальным путём по поводу полного предлежания плаценты. Эмболия амниотической жидкостью. Постреанимационный синдром. Коагулопатия. Мочекаменная болезнь. Гидронефроз справа. Хронический пиелонефрит, ремиссия». Приняли решение продолжить ранее назначенную медикаментозную терапию, ИВЛ, согревание пациентки. Начали вводить свежезамороженную плазму. Принимая во внимание возникшие осложнения — признаки гипокоагуляции, высокий риск ДВС-синдрома (диссеминированного внутрисосудистого свёртывания), — решили ввести фактор свёртывания крови VII (4,8 мг внутривенно), продолжить утеротоническую и антибактериальную терапию.

В раннем послеоперационном периоде гемодинамика стабильна, маточного и внутрибрюшного кровотечения не отмечали.

- Общий анализ крови: Hb 90 г/л, Ht 27,3%, эритроциты $3{,}12\times10^{12}$/л, тромбоциты 115×10^{9}/л, лейкоциты $14{,}1\times10^{9}$/л, СОЭ 26 мм/ч. Свёртываемость 6'30''–7'10'', длительность кровотечения 1'30'', активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) 106,9'', протромбиновое время (ПТВ) 28,8'', тромбиновое время (ТВ) 47,33'', фибриноген 0,89 г/л, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) 27 мг/100 мл, антитромбин III (АТ-III) 82,1%, агрегация тромбоцитов 17'', международное нормализованное отношение (МНО) 2,02, D-димер 2,78 мг/л.

В 13.00 пациентка находилась на ИВЛ, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, АД 120/78 мм рт.ст., ЧСС 116 в минуту.

Повязка была обильно пропитана геморрагическим содержимым. При наружном осмотре из половых путей пациентки излилось 200 мл тёмной крови без сгустков. Общий объём кровопотери составил 585 мл. Моча светлая, диурез 300 мл.

© Oil and Gas Photographer / Shutterstock/FOTODOM

[Объём и характер выделений из матки в сочетании с падением концентрации фибриногена менее 1 г/л расценили как коагулопатию, к схеме лечения добавили криопреципитат и свежезамороженную плазму.]

- Биохимический анализ крови: общий белок 63,9 г/л, билирубин 7,9 мкмоль/л, мочевина 3,6 ммоль/л, креатинин 70 мкмоль/л, АлАТ 157 ед/л, АсАТ 217 ед/л, K^+ 4,2 ммоль/л, Na^+ 138 ммоль/л, Cl^- 106 ммоль/л, Mg^{2+} 0,73 ммоль/л.
- Рентгенография органов грудной полости: правосторонняя верхнедолевая пневмония.
- УЗИ матки: данных, подтверждающих гематому послеоперационного рубца, нет. Свободной жидкости в малом тазу и брюшной полости нет. Сгустки в полости матки.
- УЗИ органов брюшной полости и почек: правосторонний гидронефроз.

Объём и характер выделений из матки в сочетании с падением концентрации фибриногена менее 1 г/л расценили как коагулопатию. Для её устранения к схеме лечения добавили криопреципитат и свежезамороженную плазму. В 14.30 дополнительно выделилось 340 мл тёмной жидкой крови без сгустков, из половых путей — 220 мл тёмных кровянистых выделений. Общая кровопотеря составила 1145 мл. Моча светлая, диурез 420 мл.

Совместно с зав. гинекологическим отделением краевой клинической больницы и руководителем лаборатории НМИЦ гематологии выполнили переоценку симптомов. Выделения из поло-

[Нарушение функций почек нарастало, что влекло за собой вероятную необходимость применения экстракорпоральных методов лечения. В связи с этим родильницу перевели в краевую клиническую больницу.]

вых путей расценили как реканализацию сгустков. Учитывая показатели гемостаза (фибриноген 1,1 г/л, АТ-III 83,2%), объём инфузии свежезамороженной плазмы и криопреципитата сочли достаточным. В качестве целевого уровня фибриногена признали значение 1,1 г/л, а при снижении рекомендовали повторить введение криопреципитата. Дополнительно сочли обоснованным применение эритроцитарной массы с целью коррекции анемии (Hb 76 г/л; Ht 23%). Кроме того, назначили дуплексное исследование вен нижних конечностей.

По состоянию на 17.00 пациентка по-прежнему находилась на ИВЛ, гемодинамика была стабильной. Для усиления утеротонического эффекта решили применить карбетоцин (1 мл).

На исходе первых суток после родоразрешения (утром 10 сентября) отметили гипертермию — температура тела повысилась до 38,8 °С, АД 125/70 мм рт.ст., ЧСС 120 в минуту. По данным лабораторных исследований: Hb 64 г/л, Ht 19,4%, эритроциты $2{,}28\times10^{12}$/л, тромбоциты 70×10^{9}/л, лейкоциты $18{,}8\times10^{9}$/л, СОЭ 16 мм/ч, АЧТВ 40,5'', ПТВ 16,6'', ТВ 20,5'', фибриноген 1,8 г/л, РФМК 23 мг/100 мл, АТ-III 77,6, агрегация тромбоцитов 14,8'', МНО 1,1. Общий билирубин 29,1 мкмоль/л, АлАТ 165 Ед/л, АсАТ 487 Ед/л, мочевина 12,8 ммоль/л, креатинин 173 мкмоль/л. Лактат крови 2 ммоль/л, pH 7,44, K^+ 6 ммоль/л. В 5.30 прекратили введение тиопентала натрия, в 7.20 пациентку экстубировали.

Новый уровень помощи: обоснованно

Нарушение функций почек у пациентки нарастало, что влекло вероятную необходимость применения экстракорпоральных методов лечения. Родильницу перевели в краевую клиническую больницу. Диагноз при переводе: «Эмболия околоплодными водами во время кесарева сечения по поводу полного предлежания плаценты в сроке беременности 37 нед. ДВС-синдром. Острая почечная недостаточность. Острая печёночная недостаточность (?). Постгеморрагическая анемия тяжёлой степени, компенсированная гемотрансфузией. Правосторонняя верхнедолевая пневмония».

При осмотре во время поступления специалисты отметили тяжёлое состояние пациентки: женщина была в сознании, но на вопросы не отвечала, температура тела 37,1 °С, АД 110/70 мм рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Изменений со стороны кожи и слизистых оболочек, а также отклонений от нормы со стороны мочеиспускания не выявили.

Результаты лабораторного обследования и консультаций со смежными специалистами.

- ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 105 в минуту.
- Эхокардиография: небольшое снижение сократимости левого желудочка, небольшое увеличение полости правого предсердия, ствола лёгочной артерии, нижней полой вены. Небольшая митральная и пульмональная регургитация. Умеренная лёгочная гипертензия.
- Hb 54 г/л.
- Консультация нефролога: острое почечное повреждение III ст., ДВС-синдром.
- Консультация пульмонолога: нозокомиальная постинфарктная пневмония в верхней доле правого лёгкого (?). Острая дыхательная недостаточность I–0 ст.
- Консультация гематолога: компенсация ДВС-синдрома на фоне выполняемой терапии.
- УЗИ: вокруг печени жидкость толщиной 6 мм, увеличение правой доли печени, диффузные изменения структуры печени и паренхимы почек.

Родильнице выполнили восемь сеансов гемодиализа — первые четыре каждый день, затем процедуру повторяли через день. Состояние удалось стабилизировать уже на следующий день после перевода, что позволило перевести пациентку в отделение гинекологии. Выполнили гемотрансфузию с целью коррекции анемии, 16 сентября опорожнили гематому послеоперационного шва в количестве 50 мл, 24 сентября — провели вакуум-аспирацию полости матки по поводу гематометры.

Несмотря на своевременное купирование полиорганной недостаточности, «афтершоки» этого смертельно опасного состояния требовали тесного междисциплинарного взаимодействия специалистов. Так, возникшая нефрогенная артериальная гипертензия потребовала добавления алмодипина 5 мг в сутки. Кроме того, в лечении пациентки принимали участие урологи, гастроэнтерологи и неврологи, к счастью, их участие ограничилось контролем работы профильных систем и органов, необходимости в серьёзных вмешательствах не было. На 24-е сутки после родоразрешения пациентку выписали домой.

***

Борьба за жизнь молодой матери была действительно тяжёлой, осложнения развивались стремительно, а процесс восстановления шёл ступенчато и небыстро. В описанном клиническом случае события произошли в оснащённом в материальном и кадровом планах учреждении, но ситуация прошла, как говорится, «на грани». Не совсем понятна первичная маршрутизация пациентки с полным предлежанием плаценты в обычный родильный дом, возможно, это была «находка» уже в стационаре. Однако все последующие действия были логичны и рациональны, как и перевод в краевую больницу для выполнения гемодиализа, спасшего жизнь женщине на фоне развивающейся почечной недостаточности. Именно поэтому малейшие изменения в состоянии пациентки необходимо оценивать практически мгновенно, а все действия врачей должны быть безукоризненно автоматическими — такими, когда тончайшие нейроны мозга клинициста улавливают сигнал alarm. SP

Библиографию см. на с. 82–87.

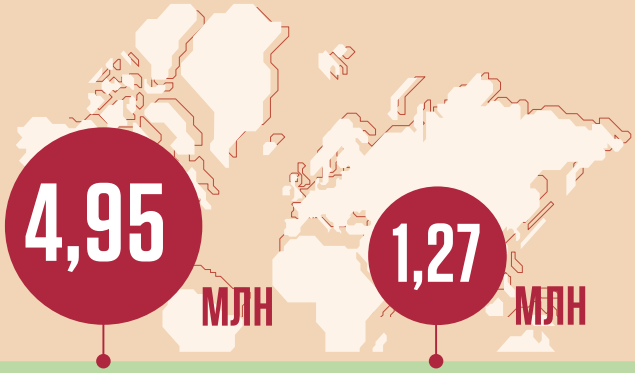
ТЕНЕВАЯ ПАНДЕМИЯ

ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ*

88-я полоса

Антибиотикорезистентность уносит миллионы жизней — это главный вывод опубликованного в январе 2022 года крупнейшего систематического обзора медицинской информации по 23 патогенам и 88 сочетаниям «бактерия—антибиотик»

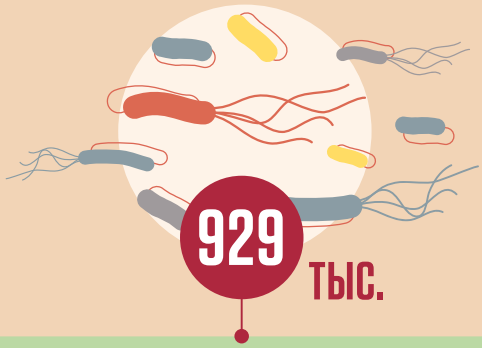
ПОРТРЕТ ПРЕДПАНДЕМИЧЕСКОГО 2019 ГОДА



летальных исходов в мире в 2019 году **опосредованно** связаны с антибиотико-резистентностью бактерий

смертей **напрямую** обусловлены устойчивостью возбудителей, что сопоставимо с ежегодным количеством летальных исходов от ВИЧ и малярии — 680 и 627 тыс. соответственно

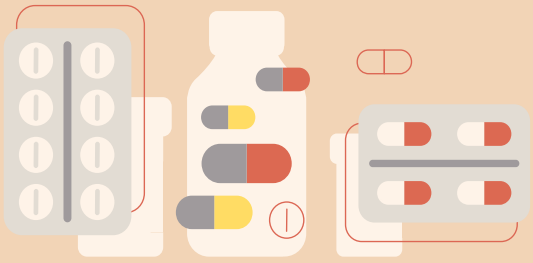
ШЕСТЬ ДЕМОНОВ МИКРОБИОМНОГО МИРА



летальных исходов вызваны антибиотикорезистентностью **шести бактерий**:

- *Escherichia coli*
- *Staphylococcus aureus*
- *Klebsiella pneumoniae*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Acinetobacter baumannii*
- *Pseudomonas aeruginosa*

ОТДАЛЁННЫЕ РИСКИ БЕСКОНТРОЛЬНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ



70% смертей сопряжены с резистентностью к **фторхинолонам и β-лактамным антибиотикам** — основе рациональной (как, впрочем, и неоправданной!) эмпирической терапии тяжёлых инфекций

ОСОБО ОПАСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОВСЕДНЕВНОСТИ

methicillin-resistant *S. aureus*

100 ТЫС. летальных исходов обусловлены **метициллинрезистентным золотистым стафилококком**. За 60 лет с момента обнаружения этого патогенного микроорганизма победить его так и не удалось

ВЫВОД: **Антибиотикорезистентность** сопряжена с **миллионами летальных исходов**, но в последние годы она оказалась в тени пандемии COVID-19. Впрочем, эти проблемы взаимосвязаны: **необоснованная антибиотикотерапия** коронавирусной инфекции способна вызвать очередную волну — теперь уже **резистентных бактерий**.

* Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis // Lancet. 2022. Jan. [Online ahead of print] [PMID: 35065702]