

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ — ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#6 [93] 12 / 2022 / StatusPraesens



тема
№

Женщина —
единое целое.
Новый взгляд
современного
врача



Мы любим всё новое!
Посмотрите обложку
в 3D-эффекте

Дайджесты КР и памятка по интерпретации BI-RADS — инструменты от экспертов МАРС • Дефицит йода препятствует наступлению беременности • КР по кесареву сечению — «тёмные пятна» документа • Клинический случай отсроченной на 10 лет диагностики перфорации матки внутриматочным контрацептивом



Дорогие коллеги!

Со школьной скамьи мы с вами помним слова великого русского поэта Ф.И. Тютчева: «Блажен, кто посетил сей мир в его минуты роковые!» Эпоха перемен всегда приносит **глобальные трансформации мироустройства**. Это справедливо и для медицины.

Мы не только наблюдаем, но и активно участвуем в смене трендов. Медицина от лечебной и профилактической переходит к **превентивной**. Радует, что мы всё чаще воспринимаем те или иные заболевания как нарушения функционирования всего организма, а не только вовлечённого органа.

Наша специальность — одна из самых **благородных**. Вместе с тем работа врача требует полной самоотдачи, постоянного развития и обучения, пластичности мозга для своевременного внедрения новейших технологий.

Наша деятельность **немыслима без обновления знаний**. В этом помогают **чтение** профессиональной литературы (и журнал, который вы держите в руках, — пример консолидированной информации по актуальным проблемам акушерства и гинекологии), **посещение научных конгрессов**, конференций, в том числе организуемых StatusPraesens. Живое общение с коллегами, жаркие дискуссии, обмен опытом — огромное подспорье в работе. Отдельно хочу напомнить про **мобильное приложение SPNavigator** — хранилище ассоциированного медицинского контента, которое всегда под рукой.

К счастью, у нас есть все возможности для профессионального развития. Желаю вам успехов на этом сложном, но интересном пути!

Докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства
и гинекологии Медицинского института
Тульского государственного университета **В.Г. Волков**

status

гинекология акушерство

6 [03] 12 / 2022 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Ответственный секретарь редакции: Екатерина Игоревна Фомина
Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва
Препресс-директор: Нелли Демкова
Художественный директор: Лина Тавдугмадзе
Арт-директор: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Куточкина
Выпускающий редактор: Ирина Соколенко
Инфографика и дизайн: Олег Зубрилин, Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шибаяева
Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 27 февраля 2023 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, д/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 ПО «Периодика», 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №27897. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдугмадзе. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

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

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА



Здоровье как целостность

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о редукционизме и холизме в медицине

Два подхода в медицине — редукционизм и холизм — лишь на первый взгляд противостоят друг другу. Очевидно, что в современном мире ни один человек не сможет выучить весь объём накопленной информации, а потому выделение врачебных специальностей оправдано. Однако не учитывать взаимодействие органов и систем, не принимать во внимание психологические нюансы пациенток в настоящее время неправильно. Трансформации в медицине привели к смене трендов: вместо господствующего редукционизма — к рациональному холизму.

14

НОВОСТИ

Обсуждаемой и многими ожидаемой отмены баллов НМО не произошло. В системе НМО врач имеет возможность самостоятельно формировать образовательную траекторию, выбирая реально информативные и полезные в работе курсы.

19

МЕДПОЛИТ

Дьявол в деталях

Неожиданные ловушки, подстерегающие врачей при экстренном родоразрешении

Князев С.А., Магомедбекова З.А., Андреева А.Д., Амирасланова Н.И.

Самая частая ургентная ситуация, возникающая в родильном доме, — необходимость быстрого родоразрешения путём кесарева сечения. Важность скорости принятия и исполнения решений проходит «красной нитью» в нормативных документах, посвящённых этому вмешательству. Клинические рекомендации — та опора, которая в идеале должна минимизировать вероятность неблагоприятного исхода. Насколько документ совершенен и какие «тёмные пятна» он содержит?

25

VIA SCIENTIARUM



Рискуют все

Превентивные возможности витамина D для здоровья
молочной железы

Мальцева Л.И., Волкова П., Раевская О.А.

Проблему ведения пациенток с ДДМЖ представляет не только терминологический хаос, но и необходимость персонализированного ведения пациенток с мастопатией с учётом жалоб и патогенеза этого заболевания. Помимо патогенетической терапии, исследователи ищут новые подходы к ведению пациенток. Существуют ли на сегодняшний день дополнительные возможности коррекции дисгормональных нарушений в тканях молочной железы?

33

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Как перестать беспокоиться и начать жить

Негормональная терапия генитоуринарного менопаузального синдрома: как помочь пациентке

Тихомирова Е.В., Балан В.Е., Балан П.В.

В 1971 году в британском аналоге журнала «Здоровье» — You — была опубликована статья с весьма провокационным названием «Does it have to be blood, sweat and tears?» («Обязательно ли это должны быть кровь, пот и слёзы?»). Авторы материала вряд ли могли подозревать, что 50 лет спустя подходы к менопаузальной гормональной терапии (МГТ) останутся предметом многочисленных дискуссий, страхов и мифотворчества.

39

BACK-UP

Сухопутная проблема морской державы

Оптимизация пищевого рациона и репродуктивное здоровье
(по материалам выступления проф. Е.В. Ших)

Быкова О.А.

47

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

В тисках цистита

Комплексная терапия воспаления мочевого пузыря
Кульчавеня Е.В., Мартынова М.А.



Цистит — довольно коварное патологическое состояние. Хотя сегодня существуют эффективные препараты для его лечения, он рецидивирует с поразительной частотой. Боль внизу живота, ощущение рези, частые позывы к мочеиспусканию — все эти неприятные симптомы ухудшают качество жизни пациенток и увеличивают количество случаев временной нетрудоспособности, что обуславливает социально-экономическую значимость заболевания.

55

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

Ad unguem*

Памятка по интерпретации оценок изменений молочной железы по системе BI-RADS

Мазо М.Л., Иванов А.В.

Нужно ли врачу женской консультации разбираться в тонкостях лучевой диагностики заболеваний молочной железы или ему вполне достаточно заключения рентгенолога с указанием категории BI-RADS? Вопрос риторический... Краткая памятка, подготовленная экспертами МАРС на основе актуального руководства Американского общества радиологии (American college of radiology) с некоторыми комментариями и практическими рекомендациями, позволяет облегчить решение этой непростой задачи.

62

Очистить хранилище от вирусов

Микробиота кишечника и ВИЧ-инфекция: есть ли взаимосвязь?

Хрянин А.А., Мартынова М.А.

В XXI веке инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) уже не смертный приговор. Своевременная «апелляция» к антиретровирусной терапии (АРВТ) позволяет избежать терминальной стадии ВИЧ-инфекции — синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД). Регулярный приём АРВТ подавляет репликацию ВИЧ и поддерживает неопределяемую вирусную нагрузку в течение многих лет. Её главный недостаток — де-факто неспособность обеспечить эрадикацию ВИЧ-инфекции из организма. Основная причина, по которой АРВТ не стала эрадикационным лечением, хорошо известна: ВИЧ способен персистировать в неактивных CD4+ Т-лимфоцитах.

69

КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ



Шпаргалки для врача

Дайджесты клинических рекомендаций как удобный инструмент работы

Раевская О.А.

Для удобства практического пользования клиническими рекомендациями эксперты Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) начали разработку дайджестов. Дайджесты — не только краткая форма действующих клинических рекомендаций, это структурированная информация по диагностике и лечению пациенток с тем или иным заболеванием/состоянием. И этими шпаргалками можно и нужно пользоваться! Для вашего удобства они размещены в мобильном приложении SPNavigator.

75

CASUISTICA

История одной спирали

Клинический случай отсроченной диагностики перфорации матки внутриматочным контрацептивом

Майскова И.Ю., Майсков В.В.

Примером «потерь» в женском организме может быть внутриматочная спираль. Подобные ситуации хоть и редки, но всё же встречаются в практике акушеров-гинекологов. И хорошо, если «находки» удаётся быстро обнаружить сразу после установки или на очередном приёме пациентки в женской консультации. Гораздо хуже, когда ситуация запущена и осложнена развитием воспалительных процессов органов малого таза вследствие перфорации матки. Представляем клинический случай отсроченной на 10 лет диагностики перфорации матки ВМК.

80

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

здоровье как целостность

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о редукционизме и холизме в медицине



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

Бурное развитие производства, накопление научных данных в XIX–XX веках привели к прорыву во многих областях медицины. Знаний стало так много, что появилась необходимость в выделении различных специальностей. (ставший в ту пору доминирующим в естественных науках редукционизм [reductio — «упрощение»]) был вполне понятен. Материальное объяснение причин болезней находило всё больше подтверждений, а создаваемые методы диагностики и лечения почти всегда успешно боролись со многими заболеваниями. Однако были и неудачи.

Чем больше мы узнавали, тем яснее становилось — только лишь коррекцией видимой дисфункции не всегда удаётся излечить пациентку. Многие нарушения на локальном уровне провоцируют изменения в отдалённых органах, зачастую не связанных между собой анатомически или функционально. Это привело к тому, что в первой четверти XXI века исследователи вновь задумались о холистическом подходе к лечению (holos — «целое»).

Два подхода в медицине — редукционизм и холизм — лишь на первый взгляд **противостоят** друг другу. Очевидно, что в современном мире ни один человек не сможет выучить весь объём накопленной информации, а потому выделение врачебных специальностей **оправдано**. Однако не учитывать взаимодействие органов и систем, не принимать во внимание психологические нюансы пациенток в настоящее время неправильно. Трансформации в медицине привели к смене трендов: вместо лечебно-профилактической направленности нашей деятельности мы переходим к медицине **превентивной**, вместо господствующего редукционизма — к **рациональному холизму**.



Совсем недавно численность населения Земли перевалила за отметку в 8 млрд человек. Однако за последние несколько десятилетий **интенсивность роста сократилась** почти вдвое. Почему возникла такая чёткая тенденция? Наши современники

[Трансформации в медицине привели к смене трендов: вместо лечебно-профилактических методов мы переходим к медицине превентивной, вместо господствующего редукционизма — к рациональному холизму.]

просто перестали ставить родительство на первое место своих жизненных приоритетов. И дело даже не только и не столько в экономических кризисах и международных политических конфликтах, хотя они, безусловно, значительно влияют на **принятие решений о деторождении**. Рождаемость снижается также и по причине ухудшения репродуктивного здоровья людей и возрастающей распространённости «болезней цивилизации». Элементарный пример: практически во всём мире победили голод, напротив, большинство из нас хорошо питается, но достаточно ли этого? Порой **даже небольшая нехватка** некоторых витаминов и микроэлементов способна запустить каскад сбоев в работе различных органов и систем, в частности репродуктивной.

[Наши современники перестали ставить родительство на первое место своих жизненных приоритетов. И дело даже не только и не столько в экономических кризисах и международных политических конфликтах.]

Можно ли сегодня найти **выход из репродуктивного кризиса** и какие возможности существуют для этого? Насколько эффективны в этой связи принципы «лучше питаться», «вести здоровый образ жизни», «принимать витамины и минералы»? И так ли эффективна **нутритивная поддержка** потенциальных матерей и отцов и будущих поколений?

Анализируя научные публикации и доклады последних лет, казалось бы, мы **должны были уже выучить** не только влияние фолиевой кислоты и железа на здоровье матерей и их потомства, но и все **биохимические нюансы** их метаболизма! Однако **до обидного мало** пар осознанно подходит к прегравидарной подготовке, а **частота анемии** (в первую очередь железодефицитной) не снижается ни на йоту.

Что же говорить о других микроэлементах... Парадоксально, но жители практически всех регионов России — крупнейшей **морской (!) державы** — испытывают недостаток йода. А ведь дотация этого микроэлемента — существенный вклад в **интеллектуальный потенциал страны!**

Ещё один микроэлемент, активно изучаемый в последнее время, — **витамин D**. Учитывая современный образ жизни (преимущественно **сидячий**) и особенности питания (**фастфуд**, обеднение разнообразия рациона), получить достаточный уровень холекальциферола без фармакотерапии практически невозможно. И действительно, **абсолютное большинство россиян** в возрасте 18–50 лет (84,3%) нуждается в коррекции D-статуса.

Помимо уже известных эффектов витамина D, обнадеживающие данные получены о его **протективной роли** на маммарную ткань, а его недостаток характерен для доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ).

Заболевания молочных желёз есть практически **у каждой второй** женщины. Так, по приблизительным данным, распространённость **ДДМЖ достигает 60%**. Почему такие высокие показатели? Пациентки не обращаются к специалистам или врачи пропускают, плохо диагностируют, неправильно лечат? В числе вероятных причин — многогранность состояния, множество «имён», выливающееся в **терминологический хаос**, отсутствие статистического учёта отдельных форм в нашей стране, путаница с кодами в МКБ-10.

Проблема **ДДМЖ** заключается не только в организационных пробелах, но и в необходимости **персонализированного ведения** пациенток с мастопатией с учётом жалоб и патогенеза этого заболевания. Кроме того, высокая частота рака молочной железы делает проблему маммологических заболеваний **социально значимой**.

Не упустить все нюансы ведения помогает знание клинических рекомендаций (КР). Однако объём вновь вы-

пускаемых документов огромен. В помощь практическому врачу эксперты Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) начали разработку **гайдже-стов КР**. Это не просто сокращённая версия официального протокола. Нюансы ведения, зачастую «раскиданные» по разным частям КР, **логически структурированы** по вопросам, с которыми доктора ежедневно сталкиваются в своей клинической практике. Гайджесты размещены в мобильном приложении **SPNavigator**, а значит, всегда под рукой. Пользуйтесь **шпаргалками**, они облегчают нашу ежедневную работу. Это удобно.

Классификация BI-RADS помогает в первую очередь правильно **маршрутизировать** пациенток с заболеваниями молочной железы. Однако акушер-гинеколог не разбирается в тонкостях лучевой диагностики. При этом профессиональный стандарт требует интерпретировать результаты маммографии. В помощь врачам женских консультаций эксперты МАРС подготовили **краткую памятку по анализу маммограмм** на основе актуального руководства Американского общества радиологии (American college of radiology).

Междисциплинарное взаимодействие специалистов — ещё одна пресловутая, но при этом не теряющая своей актуальности тема. Особенно это важно для нас, акушеров-гинекологов, если патологическое состояние, находящееся в ведении врачей других специальностей, **начинает влиять** на женскую половую систему, негативно отражаясь на здоровье пациенток репродуктивного возраста и в постменопаузе или **угрожает риском** серьёзных акушерских и перинатальных осложнений будущим матерям.

Например, инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей, для которых к тому же нередко характерно **хроническое рецидивирующее течение**, — красочный пример угрозы женскому здоровью. Близкое расположение двух локализаций, общие возбудители инфекций, способные

формировать биоплёнки, гормональные изменения, происходящие в организме женщины на разных этапах жизни, — всё это может стать причиной нейропластических и иммунных нарушений мочеполовой системы.

Казалось бы, решить вопрос помогла бы эффективная антибиотикотерапия, но **растущая резистентность** к противомикробным препаратам и отсутствие новых «работающих» медикаментов возводит ситуацию в ранг **проблемной и труднорешаемой**. Однако **не безвыходной!** Научные поиски и появление на рынке новых альтернативных препаратов позволяют надеяться на благополучный исход. Какие средства появились в арсенале врачей и как они работают в отношении возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний?



Сегодня ВИЧ перестал быть приговором. Более того, его научились весьма **успешно лечить и даже излечивать**. Совсем недавно, 20 февраля 2023 года, в научной прессе появилось сообщение о пятом счастливчике (53-летнем мужчине из Германии), навсегда расставшемся с ВИЧ-инфекцией после трансплантации стволовых клеток в 2014 году. Подобные новости открывают большие горизонты не только для науки и медицины в целом, но и для любого больного с опасным вирусом в частности.

Это не может не радовать, но, увы, **не всё так радужно**. Чудесных случаев излечения — единицы, и инновационные виды лечения доступны далеко не каждому пациенту. При этом антиретровирусная терапия, несмотря на её продвинутость и эффективность, обладает значительным недостатком — **неспособностью обеспечить полное выведение** вируса из организма человека. По крайней мере за 25 лет существования медикаментов этой группы сделать этого не удалось. Таким образом, вирус продолжает оставаться в крови, и только глубокое понимание процессов, ассоциированных с персистенцией патогена, позволит добиться **стойкой ремиссии** и в будущем, возможно, полного излечения от ВИЧ-инфекции.

Появляются данные (но они пока требуют более детального изучения), что динамика ВИЧ-инфекции во многом зависит **от состояния микробиома**



человека, и в частности микробиоты кишечника. Именно кишечник выступает в качестве одного из важнейших и крупнейших резервуаров ВИЧ в организме больного. Возможно, в перспективе медики и учёные придумают новые терапевтические стратегии, направленные на нормализацию кишечной микробиоты и элиминацию вируса. Важная медицинская задача на будущее у нас есть, будем пытаться найти эффективное её решение.



Беременные с заболеваниями мочевыделительной системы — уже рутинная практика акушера-гинеколога. Да и ВИЧ-положительным статусом нас тоже не удивить. Ситуации, когда «что-то пошло не так», — не редкость для акушерства, но никогда не известно, по какому сценарию будет развиваться каждая из них. В некоторых случаях счёт идёт буквально на секунды: команде врачей необходимо молниеносно сориентироваться и принять верное решение, поскольку от слаженных действий специалистов во многом зависит жизнь и матери, и ребёнка.

Парадокс: есть клинические рекомендации, посвящённые кесареву сечению и призванные минимизировать риск осложнений операции. Однако не всегда это так слаженно работает на практике, как написано в нормативных документах. Насколько совершенны протоколы, облегчают ли они повседневную работу акушеров-гинекологов или наоборот запутывают, какие «тёмные пятна» они могут содержать? И, главное, как подстраховаться врачам?



Многие ситуации в практике врачей похожи друг на друга, поскольку специалистам приходится практически ежедневно сталкиваться с привычными и понятными состояниями. Однако некоторые клинические ситуации способны удивить

[Кишечник выступает в качестве одного из важнейших резервуаров ВИЧ в организме больного. Возможно, динамика ВИЧ-инфекции во многом зависит от состояния микробиома человека и микробиоты кишечника.]

даже самых опытных специалистов, видевших многое на своём веку. Ни одному акушеру-гинекологу не придёт в голову мысль, что внутриматочную спираль можно забыть или потерять в «недрах» женщины. Тем не менее представленная на страницах журнала клиническая ситуация подтверждает: в этой жизни возможно всё! Устройство оставалось незамеченным внутри пациентки на протяжении 10 лет (хотя и это далеко не предел — в научной литературе описаны случаи находок полувековой давности!). Как оно туда попало, почему его сразу не обнаружили и какими последствиями такая невнимательность обернулась для женщины?



Продолжительность жизни постепенно увеличивается, а значит, и растёт потребность в обеспечении её качества. К сожалению, несмотря на современные медицинские возможности коррекции менопаузальных симптомов, в нашей стране по-прежнему нет повсеместной практики лечения этого состояния. Многие поколения женщин до сих пор переживают этот период, терпя дискомфорт и страдания и считая их нормой. Посетить акушера-гинеколога и рассказать ему о мучительных проявлениях — практически нонсенс, принимать специальные препараты — не приходит в голову, либо она забита гормонофобными заблуждениями, ведь мамы и бабушки как-то «пережили климакс» без медикаментов. Получается, что различные гипопострогенные нарушения остаются недооценёнными и никаких мер по их коррекции не принято. Причём не только из-за низкой информированно-

сти пациенток, но и зачастую из-за отсутствия должного внимания к проблеме со стороны врачей.

Такой подход к здоровью нужно ломать — как в умах пациенток, так и в практике докторов! Менопауза — не конец жизни: как минимум треть своей жизни женщины проводят в постменопаузе, и важно как можно дольше сохранять активность, продуктивность и сексуальность в зрелом возрасте. И в наших руках есть масса средств для восполнения дефицита половых гормонов, улучшения самочувствия пациенток и повышения качества их жизни в особенный период.



Я перечислил некоторые темы, затронутые в этом выпуске. Даже такого беглого взгляда достаточно, чтобы понять, насколько многогранна наша специальность. Чтобы оставаться востребованным врачом, успешно лечить наших пациенток, необходимо постоянно учиться. Обсуждаемой многими отмены баллов НМО не произошло. И это хорошо! Мы можем сами определять свой образовательный маршрут, посещая те курсы, конгрессы и семинары, которые нам интересны, а мероприятия StatusPraesens обеспечивают возможность выбора.

Необходимая составляющая постоянного профессионального роста — знакомство с последними достижениями отрасли. Чтение журнала, который вы держите в руках, поможет вам в этом. Для создания каждой статьи авторы анализируют множество литературных источников и представляют на ваш суд краткое резюме по проблеме.

Ещё один удобный инструмент работы практического врача — мобильное приложение SPNavigator, с некоторыми возможностями которого вы можете ознакомиться в этом выпуске. Желаю нам всем здоровья и удачи! **SP**

[В нашей стране по-прежнему нет повсеместной практики лечения менопаузальных расстройств. Многие поколения женщин до сих пор переживают этот период, терпя дискомфорт и страдания и считая их нормой.]

ДЬЯВОЛ В ДЕТАЛЯХ

Неожиданные ловушки, подстерегающие врачей
при экстренном родоразрешении



Авторы: Сергей Александрович **Князев**, зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГКБ им. Е.О. Мухина, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва); Зарина Азаматовна **Магомедбекова**, врач акушер-гинеколог акушерского стационара той же больницы (Москва); Анастасия Дмитриевна **Андреева**, врач акушер-гинеколог акушерского стационара той же больницы; Нигяр Ильхамовна **Амирасланова**, студентка 6-го курса лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва)

Акушерский стационар вряд ли можно отнести к учреждениям, где оказывают лишь плановую медицинскую помощь, со спокойным и размеренным течением рабочих процессов. Напротив, это заведение, работающее скорее в **турбулентном режиме**, и проблемы, **требующие моментальной реакции**, периодически возникают как внутри учреждения, так и врываются в него извне с очередной бригадой скорой медицинской помощи.

Самая частая urgentная ситуация, возникающая в родильном доме, — **необходимость быстрого родоразрешения** путём кесарева сечения. Важность скорости принятия и исполнения решений проходит «красной нитью» в нормативных документах, посвящённых этому вмешательству. Ответственность за свои действия во всём, что связано с абдоминальным родоразрешением, также не бывало высока, поскольку операция имеет риск **как ближайших, так и отдалённых осложнений**. Клинические рекомендации — та опора, которая в идеале должна минимизировать вероятность неблагоприятного исхода. **Насколько документ совершенен** и какие «тёмные пятна» он содержит?

Сразу оговоримся, что кесареву сечению как никакому другому акушерскому вмешательству посвящалось **несколько методических и клинических рекомендаций**, изданных в последние десятилетия. Облегчили они повседневную работу акушера-гинеколога или запутали?

Смена вех

Немало копий было сломано на основном вопросе кесарева сечения: **а когда вообще его следует делать?** Иными словами, какие клинические ситуации можно считать показанием к операции, а какие — нет. Существовавшее ранее разделение на «относительные» и «абсолютные» показания к вмешательству часто запутывало ситуацию, поскольку

то, что в одном руководстве имело категорию «абсолютно», в другом становилось «относительно». Ещё больше тумана напускала «сумма относительных» показаний, поскольку было непонятно, в чём, собственно, её считали?

Настоящие клинические рекомендации прекратили эту неразбериху, избрав вместо «относительно-абсолютной» классификации иную, построенную на «категориях неотложности», самая важная из которых первая — **«в экстренной форме»**. Формулировка, содержащаяся в документе и описывающая скорость действия, предельно конкретна и лаконична: «должно проводиться настолько быстро, насколько возможно, но **не позднее 30 мин от постановки диагноза** до оперативного родоразрешения при нахождении пациентки в стационаре»¹.

Всё просто и ясно, но почему вмешательства, выполняемые в ургентном порядке, часто приводят к **судебным баталиям**, и какие неприятные сюрпризы могут неожиданно стать роковыми для дежурного врача?

Точка отсчёта

Какой момент рецензент или эксперт примет за крайние точки **указанных 30 мин**? Для пациентки, находящейся в стационаре, старт — это время постановки диагноза, то есть время, указанное в записи акушера. Финал — время начала оперативного вмешательства. На первый взгляд всё зависит от **аккуратности оформления** первичной медицинской документации врачом. Однако не стоит забывать, что существует предоперационный осмотр анестезиолога, карта течения анестезии, где также указаны временные параметры, и в случае их расхождения с записями акушера у проверяющих или следственных органов могут возникнуть неприятные вопросы.

Не стоит думать, что эти нестыковки появляются лишь по злому умыслу, в попытке скрыть позднее начало вмешательства. Чаще всего правда банальнее и нелепее — причина расхождения в том, что каждый участник **ориентируется на свои часы**, наручные или висят на стене, сверить которые недосуг всем участникам процесса. Несовпадение всего на 5 мин может оказаться роковым. Разницу во времени, занесённую в документацию человеком, иногда можно устранить постфактум, чего не скажешь об аппаратуре, договориться с которой невозможно.

Электронный враг

Самый используемый монитор в акушерстве — кардиотокограф. Он фиксирует не только показатели частоты сердечных сокращений плода и тонус матки, но и в зависимости от модели некоторые другие параметры (SpO_2 , артериальное давление, пульс и т.д.) и — **обязательно (!)** — дату и время, указываемые на ленте с определёнными интервалами, а также в начале и в конце записи.

Здесь можно получить целый комплекс проблем: с данными мониторинга,

их трактовкой, скоростью оценки. Что будет признано экспертом в **качестве точки отсчёта**, например при дистрессе плода, — начало урежения сердечного ритма или какая-либо повторяющаяся по счёту децелерация, — вопрос открытый. Клинические рекомендации оперируют понятием «постановка диагноза», но риск быть обвинённым в поздней диагностике существует.

Помимо объективных рисков с использованием аппаратуры также связана опасность в случае пренебрежительного к ней отношения. Вопрос опять в пресловутой **«сверке часов»**. Встроенный таймер монитора чаще всего питается от аккумулятора или обычной батарейки, срок годности которых составляет несколько лет. По его истечении, как только прибор отключают от сети, время сбрасывается, а при включении устанавливается на нулевую отметку. Насколько оно при этом отличается от реального — вопрос теории случайных чисел. Существует также **погрешность хода часов**, когда за несколько месяцев они начинают спешить или отставать. Главный вопрос — есть ли в учреждении сотрудник, занимающийся проверкой времени в аппаратуре. Если такового нет, результат может быть неожиданным.

Ловушка с запасом

Другую крайность представляет целенаправленная установка часов в аппаратуре «с запасом» в 5–10 мин. Кажущееся преимущество такого решения — небольшая «фора» во времени — на практике приводит к **трагикомичному результату**: при анализе первичной медицинской документации получается, что анализ крови аппарат выполнил до поступления пациентки в учреждение, лента кардиотокограммы записывалась в момент извлечения ребёнка и т.д. Любое искажение, как в «плюс», так и в «минус», чревато, поскольку обвинение в ненадлежащем

исполнении обязанностей может смениться на не менее тяжёлое — **фальсификацию медицинской документации**. Оптимальный вариант — приведение всех часов в учреждении к **сигналу точного времени** и периодическая проверка соответствия.

Важно также уточнять время доставки пациентки, указанное врачом бригады скорой медицинской помощи в сопроводительном листе, поскольку от этого момента пойдёт отсчёт её нахождения в стационаре. Особенно это касается ситуаций, когда диагноз бригады скорой помощи служит показанием к экстренному вмешательству. На доктора приёмного отделения ложится колоссальная задача: **подтвердить или опровергнуть** предварительный диагноз, **немедленно транспортировать** женщину в операционную и т.д. Большое подспорье оказывает налаженная система оповещения службой медицинской эвакуации, позволяющая максимально подготовиться к моменту доставки ургентной пациентки.

Убрать лишнее

Если абдоминальное родоразрешение выполняют не в экстренном порядке, то **временные рамки** клинические рекомендации **не устанавливают** ни для неотложных, ни для плановых вмешательств. Это безусловный положительный момент документа, поскольку позволяет провести необходимую предоперационную подготовку, снижающую интраоперационные акушерские и анестезиологические риски.

Определённым нюансом можно считать упоминание дистресс-синдрома плода среди показаний для кесарева сечения как в неотложном, так и экстренном порядке. Несмотря на то что в документе чётко оговорены **особенности для I категории неотложности** (прогрессирующий метаболический ацидоз по данным кардиотокограммы или концентрации

[Важно уточнять время доставки пациентки, указанное врачом бригады скорой медицинской помощи в сопроводительном листе, поскольку именно от этого момента пойдёт отсчёт её нахождения в стационаре.]

[Если кесарево сечение выполняют не экстренно, то клинические рекомендации не устанавливают никаких границ ни для неотложных, ни для плановых вмешательств. Это позволяет провести предоперационную подготовку, снижающую интраоперационные акушерские и анестезиологические риски.]



© AndreyPopov / Essentials/stock

лактата), в реальности всё может оказаться сложнее. Далеко не все учреждения оснащены аппаратами, позволяющими определять эти показатели, и иногда эксперту приходится иметь дело лишь с нечётко записанной линией частоты сердечных сокращений плода. Вывод в этом случае может быть как в пользу, так и против отнесения операции к неотложной категории, иногда это будет зависеть от постнатального состояния ребёнка. Именно поэтому, если учреждение не обладает всеми упомянутыми в тексте документа инструментальными возможностями, **не рекомендовано превышать интервал в 30 мин** от постановки диагноза «дистресс-синдром плода».

Ещё одно неоспоримое достоинство новых рекомендаций — **удаление сомнительных показаний**, которые ранее часто любили замешивать в «сумму относительных»: беременность после применения вспомогательных репродуктивных технологий, симфизит и врождённый вывих тазобедренных суставов. Несмотря на то что они не упомянуты в числе показаний к абдоминальному родоразрешению с 2014 года², анализ историй родов показывает, что они продолжают фигурировать в медицинской документации.

В рекомендациях 2014 года было ныне отсутствующее показание к плановому родоразрешению: «Беременность сроком

чи нед и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам»². Ещё одна потеря, имеющая положительное значение. В противном случае возникала бы коллизия между двумя равнозначными документами — по абдоминальному родоразрешению и индукции родов, поскольку последние содержат тезис: «Рекомендовано при отсутствии иных медицинских показаний предлагать индукцию родов в 41 неделю беременности для снижения частоты кесаревых сечений и перинатальной смертности»³.

Был бы повод...

Юридическая связь клинических рекомендаций по индукции и кесареву сечению на самом деле намного теснее, чем кажется на первый взгляд, и в зависимости от ситуации может послужить как хорошей линией обороны, так и серьёзной угрозой.

Часто претензией, связанной с абдоминальным родоразрешением, помимо любимого журналистами «надо было делать кесарево сечение», выступает модифицированный вариант: «надо было делать кесарево сечение **раньше**». В этом случае обвиняющая сторона апеллирует к тезису «Плановое родоразрешение путём кесарева сечения рекомендовано проводить

в 39–40 недель беременности»¹. Однако это не значит, что надо выполнять его без показаний. Если к указанному сроку **были показания** к абдоминальному родоразрешению, перечисленные в клинических рекомендациях, то действительно **вмешательство необходимо** было сделать в указанный интервал, если отсутствовали — ни о какой операции в тот момент речи быть не может.

То же самое можно сказать об индукции родов или о кесаревом сечении по причине отказа от индукции, например вследствие противопоказаний. Согласно действующим клиническим рекомендациям, индукцию необходимо выполнять при отсутствии иных медицинских показаний в 41 нед беременности³. Следовательно, если показаний для индукции ранее этого срока не было, то и ставить вопрос о ней было невозможно.

Свобода рук

Ещё одно достоинство действующего документа в сравнении с предшественниками — **лояльность к технике операции**, без навязывания отдельных элементов, как это было, например, с ушиванием разреза на матке: в 2008 году предлагали однорядный шов, в 2011-м — отдельные мышечно-мышечные швы, в 2014-м — двухрядный^{2,4,5}. Клинические рекомендации 2021 года отдают технику ушивания разреза **на усмотрение хирурга**, как и многое другое (экстериоризацию матки, перитонизацию и др.). Не рекомендованы лишь агрессивные мероприятия: кюретаж матки, ушивание тонкой (менее 2 см) подкожной клетчатки¹.

Такая же свобода предлагается пациентке при отсутствии необходимости постоянного мониторинга состояния (преэклампсии, кровопотери, экстрагенитальных заболеваний, расширенного объёма вмешательства и др.): ранняя активизация, удаление повязки через 6 ч¹ и даже возможность непроведения антибиотикопрофилактики, хотя в этом тезисе заключён подвох.

Документ позволяет **не вводить профилактическую дозу** антибактериального препарата перед разрезом, причём круг пациенток, на которых эта тезис-рекомендация может быть экстраполирована, достаточно широк: «продолжитель-

ность дооперационной госпитализации до 14 дней, отсутствие клинических и лабораторных данных о наличии инфекционно-воспалительного процесса и других отягощающих факторов». Здоровые беременные с тазовым предлежанием или рубцом на матке в учреждении, где успевают провести предоперационное обследование за 1–2 сут (а то и вовсе — амбулаторно!), вполне могут этим критериям соответствовать и при получении **информированного согласия на непроведение** антибиотикопрофилактики — её не делают.

[Клинические рекомендации 2021 года отдают технику ушивания разреза на усмотрение хирурга. Не рекомендованы агрессивные мероприятия: кюретаж матки, ушивание тонкой (менее 2 см) подкожной клетчатки.]

Однако дьявол, как всегда, в деталях: в случае претензии история родов попадёт на экспертизу, в том числе **на соответствие критериям качества**. И в этой ситуации врачей ожидает сюрприз: п. 4 критериев качества использует однозначную формулировку «Проведена антибиотикопрофилактика перед родоразрешением путём кесарева сечения»¹, не допуская никаких иных вариантов про низкий риск, короткое пребывание в стационаре до вмешательства и прочих. Не вводили антибактериальный препарат — критерий качества будет не соблюден. Определённую защиту, конечно, несёт в себе информированное согласие, но на вывод эксперта это может и не повлиять.

Подводя итоги

Стоит отметить ещё одну важную рекомендацию — **заполнение чек-листа перед операцией**. Игнорирование этого тезиса может привести к опасной ситуации как для пациентки, так и для медицинского персонала. Например, в случае выполнения вмешательства у пациентки, инфицированной ВИЧ или гепатитом В, без использования дополнительных средств индивидуальной защиты.

Надежда на заполнение чек-листа постфактум может стать причиной **ещё**

больших юридических проблем, поскольку пренебрежение пунктом «Выслушивание сердцебиения плода перед операцией»¹ с последующим извлечением мацерированного ребёнка, погибшего антенатально, ни исправить, ни оправдать никак не получится.

Подводя итог обзора клинических рекомендаций по кесареву сечению, можно сказать, что документ представляет собой **оптимальный баланс** между предписанием и свободой действий. Наглядная иллюстрация — комментарий к такому показанию к кесареву сечению,

как **тазовое предлежание** в сочетании с массой плода **более 3600 г**: «Рождение плода <2500 г или >3600 г в тазовом предлежании не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации»¹.



Единственное, что хотелось бы увидеть в последующих версиях этого документа, — **более ответственное отношение** к «мелочам» типа оформления алгоритмов, из которых соответствуют стандарту, изложенному в «Требованиях к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе»⁶, разве что приложения «Г2» и «Г3». Целесообразно также **точнее маркировать версию документа** и помимо номерного ID добавить, например, дату принятия его советом. Это позволит избежать путаницы, когда в сети могут циркулировать **различные версии** одних клинических рекомендаций. Безусловно, следовать необходимо тем, что размещены в рубрикаторе Министерства здравоохранения, но дополнительный элемент идентификации лишним не будет. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

ad unguem*

Памятка по интерпретации оценок изменений молочной железы по системе BI-RADS

Авторы-составители: Михаил Львович Мазо, канд. мед. наук, доц. кафедры клинической маммологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинского института РУДН, ст. науч. сотрудник отделения комплексной диагностики и интервенционной радиологии в маммологии Национального центра онкологии репродуктивных органов МНИОИ им. П.А. Герцена — филиала НМИЦ радиологии; Александр Васильевич Иванов, ответственный секретарь комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности МАРС, StatusPraesens (Москва)

Нужно ли врачу женской консультации **разбираться в тонкостях лучевой диагностики** заболеваний молочной железы или ему вполне **достаточно заключения рентгенолога** с указанием категории BI-RADS? Вопрос риторический... С одной стороны, **порядок действий акушера-гинеколога чётко прописан** в приказе Минздрава РФ №113/ФН и клинических рекомендациях «Доброкачественная дисплазия молочной железы», с другой — **профессиональный стандарт** требует от него умения **анализировать и интерпретировать результаты маммографии, УЗИ и МРТ**. И **ответственность за результаты** медицинской помощи возложена на **лечащего врача...**

Краткая памятка, подготовленная экспертами МАРС на основе актуального руководства Американского общества радиологии (American college of radiology)¹ с некоторыми комментариями и практическими рекомендациями, позволяет акушеру-гинекологу лучше понять результаты маммографического исследования и выбрать адекватную тактику ведения пациентки. Итак...

Элементы, необходимые при описании маммограммы

- Структура молочной железы (МЖ).
 - МЖ представлена жировой тканью почти полностью (категория А, рис. А 1, 2).
 - Имеются отдельные участки плотности, характерной для фиброзной и железистой ткани (категория В, рис. В 1, 2).

- МЖ неоднородной плотности, что может маскировать небольшие образования (категория С, рис. С 1, 2, 3, 4).
- МЖ крайне высокой плотности, что резко снижает чувствительность метода маммографии (категория D, рис. D 1, 2).
- Образование.
 - Форма: овальная; округлая; неправильная.
 - Края: чёткие; нечёткие; фестончатые; плохо определяемые; с шипами.
 - Плотность: высокая; нормальная; низкая; характерная для жировой ткани.
- Кальцинаты.
 - Типично доброкачественные: в коже; в сосудах; «похожие на попкорн»; крупные линейные;

* (с точностью «до ногтя» [лат.]).

[Точнее оценить клиническую ситуацию можно при прицельной маммографии с локальной компрессией (с увеличением изображения либо без него), применении специальных маммографических проекций и УЗИ.]

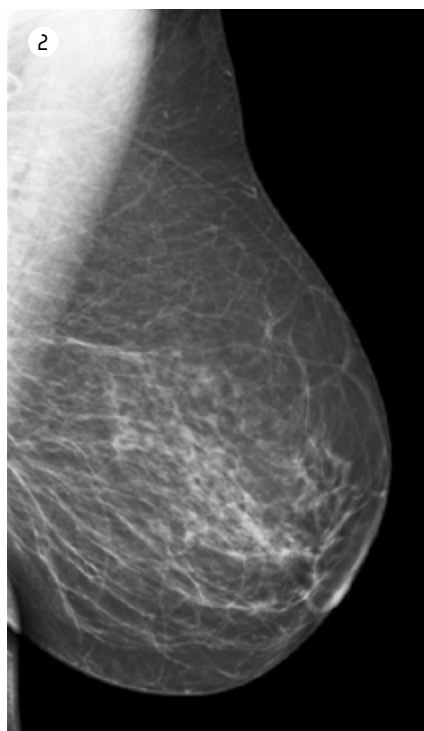
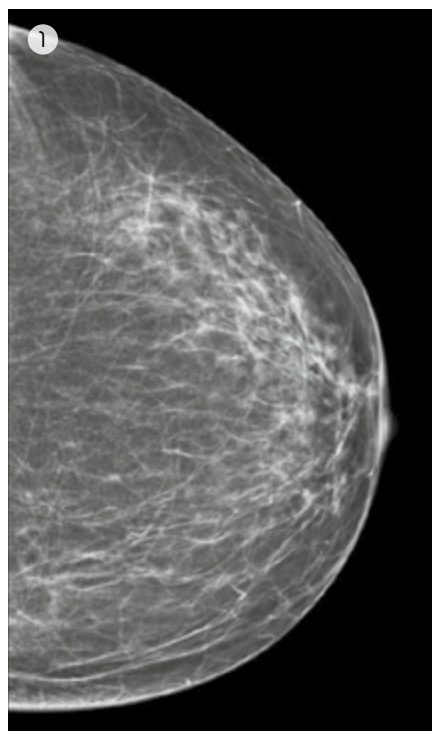


Рис. А 1, 2. Молочная железа представлена жировой тканью почти полностью.

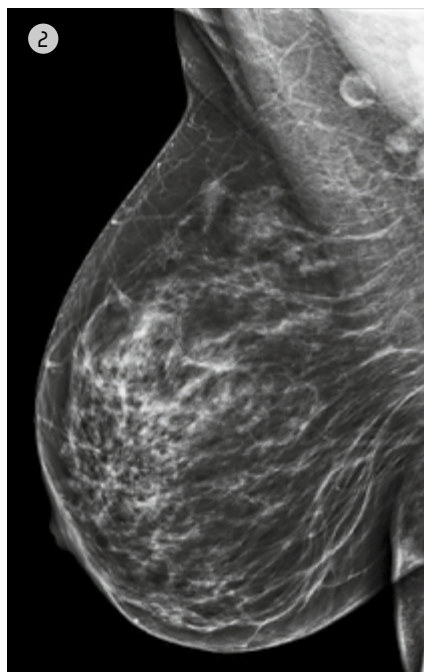
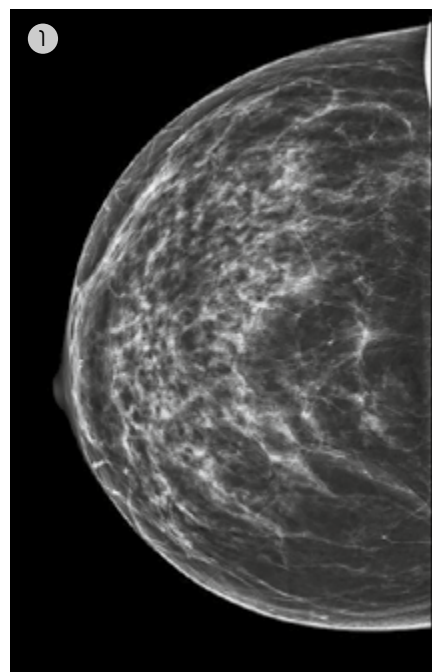


Рис. В 1, 2. Имеются отдельные участки плотности, характерной для фиброзной и железистой ткани.

[Врач-рентгенолог сам решает, нужно ли настаивать на предоставлении ему результатов предыдущих исследований, учитывая, насколько сравнение с ними повлияет на окончательную оценку.]

округлые; кольцевидные; дистрофические; в рубце.

— Подозрительные на наличие злокачественного процесса: аморфные; грубо гетерогенные; различающиеся по форме и размеру (полиморфные); мелкие линейные или ветвящиеся.

— Распределение: диффузное; локальное; региональное; группами; линейное; сегментарное.

- Нарушение архитектоники.
- Асимметрия: глобальная (тотальная); локальная; динамическая (при анализе предыдущих исследований).
- Интрамаммарный лимфатический узел.
- Образование кожи.
- Единичный расширенный проток.
- Дополнительные признаки: втяжение кожи; втяжение соска; утолщение кожи; утолщение трабекул; подмышечная лимфаденопатия; нарушение архитектоники; кальцификация.
- Локализация изменений: квадрант и/или по отношению к часовому циферблату; глубина (передний, средний, задний отделы); расстояние от соска.

Категории BI-RADS

А) Маммографическая оценка не завершена

Категория ф: неполная оценка — требуется оценка дополнительных изображений и/или сравнение с ранее сделанными маммограммами

Существуют ситуации, в которых необходима оценка дополнительных изображений — в первую очередь это касается скрининга, результаты которого не могут быть однозначно отнесены к норме или доброкачественным изменениям. Нужно помнить, что главная цель скрининга — выявить пациенток, которым показано углублённое обследование.

В руководстве ACR сказано, что в некоторых случаях допустимо применять BI-RADS ф при диагностической (не скрининговой) маммографии — например, если для уточнения характера изменений нужно УЗИ, но его невозможно выполнить сразу, либо пациентка не мо-

жет (или не хочет) ждать завершения полного обследования. В то же время, эта категория **не должна быть использована при находках, которые требуют верификации методом МРТ**, — следует давать итоговую оценку маммограммы до выполнения МРТ. Российские эксперты отдают **предпочтение более определённым заключениям** (категории 3, 4 или 5), поскольку они позволяют **быстрее выбрать адекватную тактику и не исключают дальнейшего диагностического поиска**.

К **дополнительным методам**, позволяющим оценить клиническую ситуацию более точно, относят **прицельную маммографию с локальной компрессией** с увеличением изображения либо без него (что позволяет дифференцировать истинные изменения с «наложением тканей», чётко определить границы аномального участка и т.п.), а также **маммографию в специальных проекциях и УЗИ**.

В большинстве случаев, если результаты маммографии не были интерпретированы как «отсутствие образований» или «доброкачественные изменения», полезно **сравнение с данными предыдущих исследований**. Врач сам решает, нужно ли настаивать на получении таких сведений, исходя из того, **насколько это повлияет на окончательную оценку**. Например, при подозрении на злокачественный процесс такое сопоставление может быть нерелевантным.

Вопрос об указании BI-RADS 0 в протоколе маммографии, выполненной до получения результатов предыдущих исследований, остаётся дискуссионным. Крайне важно сделать **окончательную оценку в течение 30 дней** — даже если дополнительные сведения не будут предоставлены врачу (потому многие вообще не используют категорию 0 во «время ожидания»). В любом случае **после сравнения необходимо внести дополнения в первоначальный протокол**, включая пересмотренную оценку.

Б) Маммографическая оценка завершена

Категория 1: отрицательный результат

Это **норма**. Показан рутинный скрининг, предписанный регламентирующими документами.

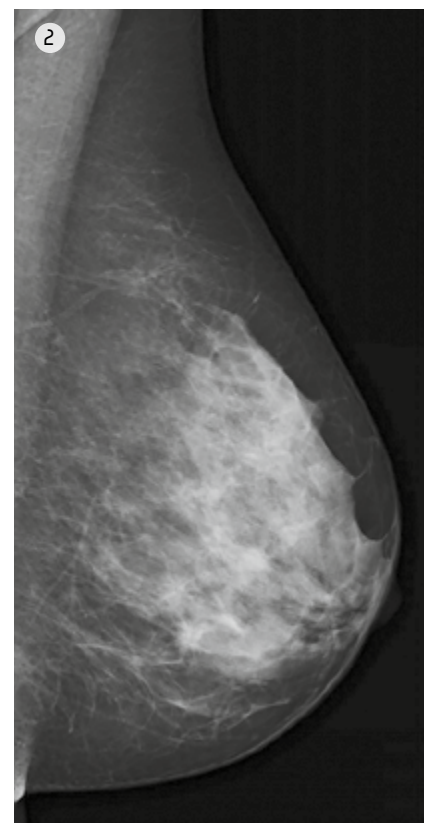
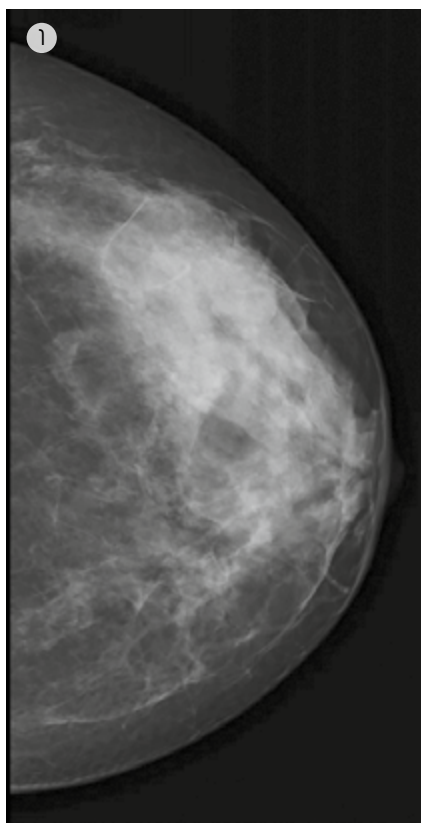


Рис. 1, 2. Молочная железа неоднородной плотности, что может маскировать небольшие образования.

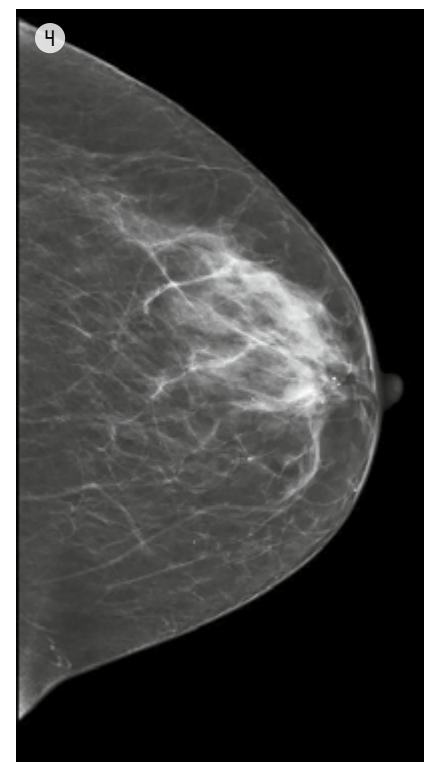
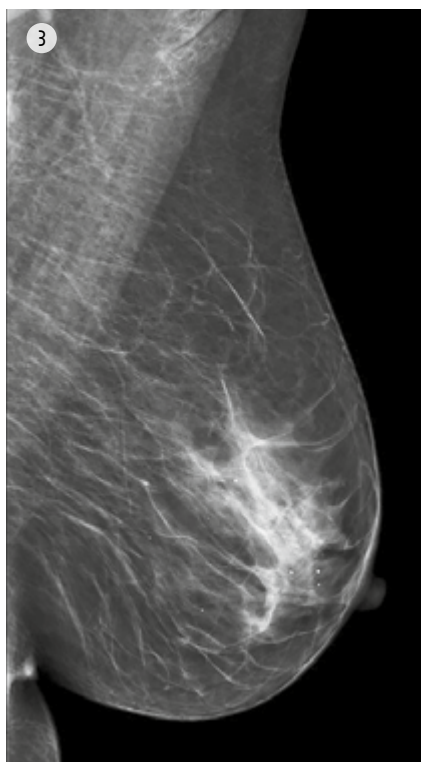


Рис. 3, 4. При оценке ориентируются на наиболее плотный участок — при его наличии категорию «1» указывают даже в том случае, если объём железистой ткани составляет менее 50%.

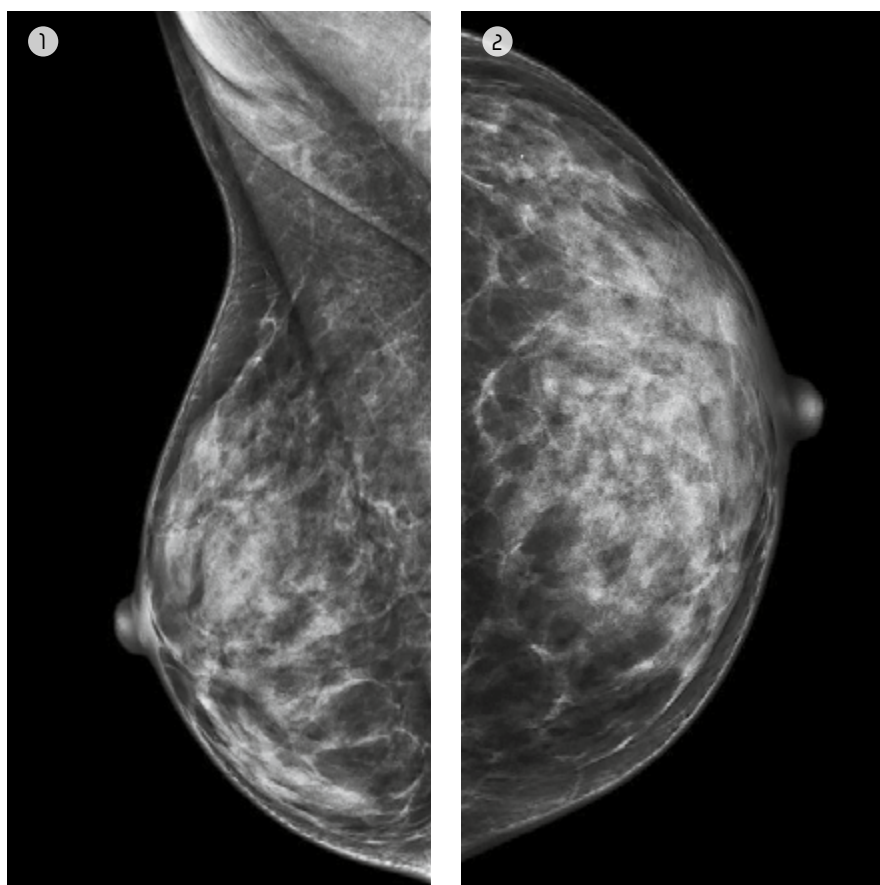


Рис. D 1, 2. Молочная железа крайне высокой плотности, что резко снижает чувствительность метода маммографии.

Категория 2: доброкачественные изменения

Как и в случае оценки BI-RADS 1, выбор BI-RADS 2 означает отсутствие злокачественного процесса, а разница состоит лишь в том, что врач включил в описание доброкачественные находки.

Инволютивные кальцинированные фиброаденомы, кальцинаты кожи, металлические инородные тела (например, хирургические клипсы) и жиродержащие образования (кисты, липомы, галактоцеле и гамартумы неоднородной плотности) имеют характерный вид и с полной уверенностью могут быть охарактеризованы как «доброкачественные». Возможно также описание интрамаммарных лимфоузлов, кальцинатов в сосудах, имплантатов или изменений структуры железы, явно связанных с проведённой операцией (если при этом нет признаков малигнизации). В то же время врач вправе не описывать такие образования, и тогда

заключение будет сформулировано как BI-RADS 1.

Пациентке показано рутинное маммографическое обследование (согласно клиническим рекомендациям «Доброкачественная дисплазия молочной железы» 1 раз в 2 года). Кроме того, при выявлении высокой маммографической плотности (категории C и D) в протоколе следует указать на необходимость дополнительного УЗИ с целью выявления ранних форм рака МЖ.

Категория 3: вероятно доброкачественные изменения

При BI-RADS 3 вероятность злокачественного процесса составляет $\leq 2\%$, но больше 0% (как при однозначно доброкачественных изменениях). Врач предполагает, что за период наблюдения никаких изменений не произойдёт, однако, прежде чем рекомендовать исключительно маммографический скрининг, предпочитает убедиться в стабильности находок.

Несколько проспективных клинических исследований продемонстрировали безопасность и эффективность периодической маммографии без выполнения биопсии в следующих случаях: при некальцинированных ограниченных солидных образованиях, при локальной асимметрии и при единичной группе точечных кальцинатов.

Авторы подчёркивали, что, прежде чем сделать вывод о BI-RADS 3, необходимо провести комплексную мультимодальную диагностику лучевыми методами. Использовать такую оценку для интерпретации результатов скрининговой маммографии не рекомендовано, поскольку это может привести к неблагоприятным последствиям: с одной стороны, к ненужным исследованиям при очевидно доброкачественных образованиях, а с другой стороны, к запоздалой диагностике злокачественных образований, которые при своевременном выявлении не развились бы до поздних стадий.

Оценка BI-RADS 3 меняется на более высокую, если новообразование в целом соответствует критериям «вероятно доброкачественного», но увеличивается в размерах или в процессе динамического наблюдения врач обнаружит другие изменения.

Несмотря на то что подавляющее большинство вероятно доброкачественных изменений требует только контрольных исследований с интервалом в 6 мес. до подтверждения стабильного состояния находок в течение 2–3 лет, в некоторых случаях возможна биопсия (по желанию пациентки или в связи с конкретной клинической ситуацией).

Категория 4: подозрительные изменения

Категорию BI-RADS 4 используют, когда новообразование не имеет «классического вида» злокачественного, но остаётся подозрительным и требует биопсии.

Учитывая, что максимальная вероятность злокачественного новообразования при 3-й категории составляет 2%, а минимальная вероятность для 5-й категории — 95%, диапазон оценки в категории 4 очень широк. Итоговая рекомендация при BI-RADS 4 — показано интервенционное вмешательство на молочной железе.

Разделение BI-RADS 4 на подкатегории 4A, 4B и 4C указывает на различную степень подозрительности образования на злокачественное поражение (низкая, средняя и высокая соответственно). Вероятность рака оценивают как «более 2%, но не более 10%» при оценке 4A, «более 10%, но не более 50%» при 4B, «более 50%, но менее 95%» при 4C.

Отметим, что двухсторонняя подмышечная лимфаденопатия может расцениваться как BI-RADS 1, 2 или 4. Часто она имеет реактивный характер (например, при саркоидозе, системной красной волчанке, псориазе, ВИЧ и т.д.) и является доброкачественной. При диагнозе лимфомы указывают на BI-RADS 1 или 2 (категорию определяют с учётом находок при маммографии) и обязательно — на причину изменений аксиллярных лимфоузлов («аденопатия, связанная с диагностированной лимфомой»). Если информации о первичном процессе нет и исключить рак МЖ нельзя, следует сделать заключение о 4-й категории.

Выявление изменённых аксиллярных лимфатических узлов только с одной стороны в отсутствие изменений в МЖ требует указания на BI-RADS 4.

Категория 5: высокая вероятность злокачественного новообразования

BI-RADS 5 предполагает вероятность злокачественного образования $\geq 95\%$.

Изначально к этой категории относили поражения, при которых выполняли хирургическое вмешательство без предшествующей биопсии (в период, когда определение локализации поражения с помощью предоперационной разметки было основной предварительной процедурой). Сегодня, учитывая широкое использование чрескожной биопсии под визуальным контролем, диагностическую операцию проводят редко.

Современная онкологическая тактика почти всегда включает гистологическое исследование образцов, полученных при биопсии, что помогает выбрать вариант лечения (например, когда хирургическое вмешательство включает в себя биопсию сторожевого узла или когда перед операцией проводят неоадьювантную химиотерапию).

Таким образом, в настоящее время категорию BI-RADS 5 используют для обозначения поражений, которые точно соответствуют диагнозу злокачественного новообразования. Если после биопсии диагноз не подтверждён, показана повторная биопсия (возможно, вакуумная аспирационная биопсия или диагностическая секторальная резекция).

Категория 6: злокачественное новообразование, подтверждённое при гистологическом исследовании

Категорию BI-RADS 6 используют при маммографических исследованиях, выполненных после биопсии и гистологического подтверждения злокачественного характера образования (но до полного хирургического иссечения), в отсутствие других патологических изменений, которые могут потребовать дополнительной оценки. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

IX Общероссийский конгресс
с международным участием



**Ранние сроки беременности:
от прегравидарной подготовки
к здоровой гестации. Проблемы ВРТ**

12–13 мая 2023 · Москва

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!



+7 (495) 109 2627,
8 (800) 600 3975

ova@praesens.ru

praesens

praesens.ru

praesensaig



шпаргалки для врача

Дайджесты клинических рекомендаций как удобный инструмент работы



Автор: Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

«От сессии до сессии живут студенты весело...» — большинство из нас вспоминает **студенческие годы** с теплотой и ностальгией. Новые друзья, начало самостоятельной жизни, первая любовь... Я как понятен **стандартизированный «учебный» пациент!** И как легко его описывать и «лечить» в студенческих историях болезни.

Конечно, были и бессонные ночи перед зачётами и **сессиями**, и переживания о результате, и (у некоторых) **шпаргалки**. Однако по прошествии времени и эти сложности вспоминаются с улыбкой.

В повседневной практике не бывает двух одинаковых пациентов. У каждой своя история жизни и болезни, **коморбидность**, индивидуальные особенности. Реально ли стандартизировать все диагностические и лечебные подходы? Ответ очевиден — **невозможно**. Однако внедрение клинических рекомендаций (КР), содержащих структурированную информацию о заболевании, в том числе варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий врача, — **необходимый шаг** на пути улучшения оказания медицинской помощи.

Чёткий **юридический статус** КР получили 25 декабря 2018 года (Федеральный закон №489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций»). С того момента медицинское сообщество создаёт протоколы по всем нозологическим формам.

Несмотря на то что 315-й ФЗ от 2 июля 2021 года «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»» предусматривает **поэтапное внедрение КР**, объём уже выпущенных **огромен**. Кроме того, структура протокола строго регламентирована приказом №103н. К чему это приводит на практике? Нюансы ведения зачастую «раскиданы» по разным частям документа.

Для удобства практического использования КР эксперты МАРС начали разработку дайджестов. **Дайджесты** — не только краткая форма действующих КР, **это структурированная информация** по диагностике и лечению пациенток с тем или иным заболеванием/состоянием. И этими **шпаргалками** можно и нужно пользоваться! Для вашего удобства они размещены в мобильном приложении **SPNavigator**.

Предлагаем вам ознакомиться с печатным вариантом дайджеста КР «Доброкачественная дисплазия молочной железы».



Если вы хотите ознакомиться с оригинальной версией текста клинических рекомендаций, наведите камеру вашего смартфона на QR-код и скачайте приложение SPNavigator.

Доброкачественная дисплазия молочной железы

ВНИМАНИЕ! Формулировки в дайджесте могут отличаться от текста официально опубликованных клинических рекомендаций

Дата размещения клинической рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы» на сайте Минздрава РФ: 09.11.2020

Возрастная группа: Взрослые

Дата начала применения: 01.01.2022

Определения

- Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ) — группа заболеваний, которая характеризуется пролиферативными и регрессивными изменениями тканей МЖ с нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов. [см. в КР]*

Коды МКБ-10

- Перейти к кодам МКБ-10.

Алгоритмы действий

- Обследование женщин младше 30 лет с пальпируемым образованием МЖ.
- Обследование женщин 30 лет и старше с пальпируемым образованием МЖ.
- Обследование женщин с выделениями из соска.

Жалобы

- Жалоб может не быть.
- Боли в МЖ: циклические (появляются перед менструацией и исчезают с её наступлением, с нагрубением МЖ, тянущие, чаще с обеих сторон, но с разной интенсивностью) или нециклические (не связаны с менструальным циклом, чаще односторонние, локальные).
- Уплотнения в МЖ.
- Выделения из сосков: с одной или двух сторон, молозивоподобные или окрашенные (тёмно-жёлтые, зелёные, бурые, алые).

Сбор анамнеза

- Возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, число беременностей и родов, их исходы, продолжительность грудного вскармливания.

— Менархе в 13 лет и менее, первые роды в 35 лет и старше, поздняя менопауза — факторы риска РМЖ.

- Гинекологические, эндокринные и соматические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза.
- Мутации генов *BRCA1*, *BRCA2*, *p53*, *ATM* и *PTEN*, пролиферативные формы доброкачественных заболеваний МЖ, протоковая карцинома *in situ* или инвазивный РМЖ в анамнезе, воздействие ионизирующей радиации — факторы риска РМЖ.
- Приём лекарств (включая антидепрессанты, допперидон, метоклопрамид, метилдопу, верапамил, КОК).
- МГТ более 8 лет — фактор риска РМЖ.
- Наличие в анамнезе у родственниц первой линии рака яичников или РМЖ (фактор риска РМЖ).
- Аллергические реакции.
- Курение, употребление алкоголя (факторы риска РМЖ).

Физикальное обследование

- Осмотр и пальпация МЖ в 5–16-й дни менструального цикла (при отсутствии менструаций — в любое время) в положении стоя с опущенными, затем с поднятыми за голову руками, затем лёжа на спине и на боку. Оценить:
 - симметричность и форму МЖ, состояние сосков (нормальные, втянутые) и кожного покрова (наличие «лимонной корки»);
 - при уплотнениях: болезненность, локализацию, размеры, края (ровные, неровные, нечёткие), поверхность (гладкая, бугристая), консистенцию (эластичная, плотная, твёрдая) и смещаемость (подвижные, фиксированные);
 - при выделениях: с одной или обеих сторон, цвет.

Лабораторные исследования

- При галакторее: уровень β-ХГЧ и пролактина в крови.
- При выделениях серозного, серозно-геморрагического или геморрагического характера: цитологическое исследование мазка (берёт онколог).

Консультации

- Консультация онколога:
 - при оценке BI-RADS 0 и 3 по данным УЗИ МЖ или маммографии;
 - при кистах (в том числе простых при наличии субъективных ощущений) и узловых образованиях МЖ — для

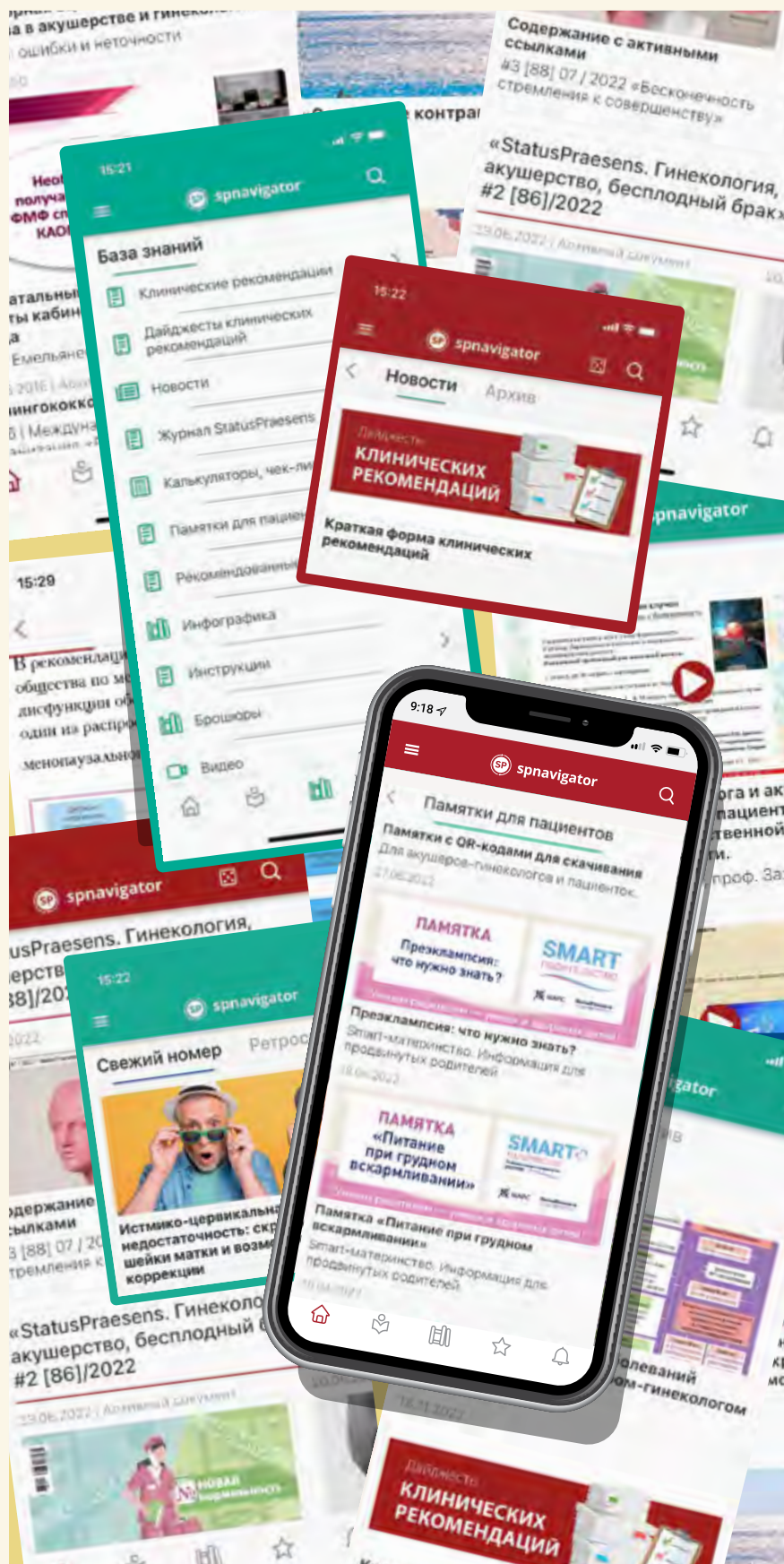
* В мобильном приложении после каждого тезиса размещена активная ссылка, при нажатии на которую вы попадаете в то место полной версии КР, где описано то или иное положение/комментарий.

верификации диагноза определение показаний и противопоказаний к применению инвазивных методов;

- при отрицательной динамике солидного образования МЖ в процессе наблюдения акушером-гинекологом при оценке BI-RADS 3.

Инструментальные исследования

- Пациенткам молодого возраста с развитой железистой тканью, беременным и в период лактации — УЗИ МЖ (в том числе дополнительно к маммографии и МРТ).
- При сомнительных результатах УЗИ в В-режиме и маммографии, при неясной или противоречивой клинко-рентгенологической картине, при повышенной маммографической плотности и для дифференциальной диагностики — дополнительно цветное доплеровское картирование, энергетическое доплеровское картирование, ультразвуковая эластография.
- При узловых образованиях (в том числе впервые обнаруженных при пальпации) в любом возрасте — маммография для диагностики ДДМЖ и верификации диагноза.
- При выделениях из соска:
 - постоянных, спонтанных, односторонних, из одного протока, серозных, серозно-геморрагических или геморрагических:
 - пациенткам до 30 лет — УЗИ МЖ и/или маммография;
 - старше 30 лет — УЗИ МЖ и маммография.
 - не спонтанных, из многих протоков, не серозных, не серозно-геморрагических, не геморрагических пациенткам старше 40 лет с отрицательным результатом В-УЗГЧ без гиперпролактинемии — УЗИ МЖ и/или маммография.
- В сложных клинко-диагностических ситуациях (молодой возраст, повышенная маммографическая плотность, «подозрительные» выделения из сосков, наличие эндопротезов) — МРТ МЖ с контрастированием.



[При постоянных выделениях из соска женщинам до 30 лет выполняют УЗИ и/или маммографию молочных желёз, старше 30 лет — оба исследования.]

Доказательства эффективности препарата «Мастодинон»

Эффективность стандартизованного экстракта *Vitex agnus-castus* подтверждена большим количеством отечественных и зарубежных исследований, в том числе с плацебо-контролем и по стандарту надлежащей клинической практики (good clinical practice, GCP). В частности, обширна доказательная база эффективности и безопасности применения лекарственного препарата «Мастодинон» на основе витекса священного в терапии заболеваний молочных желёз [см. таблицу доказательных данных].



— МРТ МЖ не рекомендовано на первом этапе диагностики ДДМЖ.

■ При гиперпролактинемии — МРТ головного мозга для исключения аденомы гипофиза.

■ Исследования, назначаемые и/или выполняемые онкологом.

— При простых кистах и наличии субъективных ощущений — пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗИ-контролем.

— При осложнённых кистах (без васкуляризации, с перегородками, взвесью и т.д.) и оценке BI-RADS 3 по УЗИ — пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием или динамическое наблюдение онколога (осмотр, УЗИ МЖ, при необходимости маммография через 3–6 мес).

— При сложных кистах (признаки васкуляризации, анэхогенные и гиперэхогенные компоненты) и оценке BI-RADS 4, 5 по УЗИ — биопсия пристеночного компонента.

— При солидном образовании, оценке BI-RADS 3 и при отсутствии клинических проявлений РМЖ — динамическое наблюдение онколога (осмотр, маммография и УЗИ МЖ 1 раз в 6 мес в течение 1–2 лет); при подозрении на РМЖ — трепан-биопсия.

— Для аспирации содержимого кист и получения материала для цитологического исследования при доброкачественных образованиях — пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия.

— При солидном образовании и оценке BI-RADS 4, 5 — трепан-биопсия.

— При подозрении на внутрипротоковое образование более 2–3 мм — радиальная протоковая сонография.

— При «подозрительных» пальпируемых образованиях и отрицательных результатах УЗИ или маммографии: МРТ с контрастированием.

• При отрицательных результатах комплексного обследования и подозрении на РМЖ — биопсия; при отсутствии данных за РМЖ в биоптате — клинко-рентгено-сонографический контроль онколога через 3–6 мес; при росте образования, изменении структуры, васкуляризации, коэффициента жёсткости — биопсия.

— При серозных, серозно-геморрагических или геморрагических выделениях из соска: взятие мазка на цитологическое исследование, дуктография.

• При молозивоподобных выделениях из соска, оценке BI-RADS 1, 2, 3, отсутствии данных за внутрипротоковые изменения по результатам цитологического исследования дуктография и МРТ не рекомендованы.

• При серозных, серозно-геморрагических или геморрагических выделениях из соска и оценке BI-RADS 4, 5 — трепан-биопсия.

— При несовпадении результатов патологоанатомического исследования материала, полученного при трепан-биопсии, при затруднениях выполнения трепан-биопсии (в том числе при наличии эндопротезов) — вакуумная аспирационная биопсия или эксцизионная биопсия (при непальпируемых образованиях — с установкой локализационных игл под контролем методов визуализации).

— При подозрении на РМЖ и оценке BI-RADS 4, 5 — трепан-биопсия, в том числе для последующего иммуногистохимического исследования.

Консервативное лечение

■ Немедикаментозное лечение:

— психологическая коррекция и релаксирующий тренинг;

— подбор комфортного (спортивного) бюстгальтера;

— ограничение потребления кофе, чая, шоколада, какао, колы;

— употребление пищи с низким содержанием животных жиров и богатой клетчаткой.

■ Фармакотерапия (акушер-гинеколог назначает при диффузных формах ДДМЖ):

— при циклической мастодинии — препараты на основе прутняка обыкновенного и на основе индолкарбинола;

— препараты на основе микронизированного прогестерона трансдермально (наиболее целесообразно при сочетанных гиперпластических процессах);

— антигонадотропины (побочные эффекты при длительном применении лекарственных средств: себорея, гирсутизм, угри, понижение тембра голоса, увеличение массы тела, приливы);

— вторая линия терапии или при высоком риске РМЖ — тамоксифен по 10 мг/сут внутрь в течение 3–6 мес (побочные эффекты: приливы, усиленная потливость,

- тошнота, головокружение, сухость влагалища, тромбозы и гиперплазия эндометрия);
- при гиперпролактинемии — агонисты дофаминовых рецепторов;
- НПВС (побочные эффекты со стороны ЖКТ);
- не рекомендованы препараты калия йодида.

Хирургическое лечение

- Показания и противопоказания к оперативному вмешательству определяет онколог.
- При кистах с пристеночными разрастаниями, выраженной пролиферацией эпителия выстилки кисты и атипии клеток по данным цитологического исследования, геморрагическом содержимом — хирургическое лечение.
- При односторонних персистирующих спонтанных выделениях из одного протока (серозного, серозно-геморрагического или геморрагического характера) и оценкой BI-RADS 1, 2, 3 — пирамидальное иссечение протока.
- При подтверждённом при исследовании биопсийного материала диагнозе атипической протоковой гиперплазии, плоской эпителиальной гиперплазии, дольковой эпителиальной гиперплазии, дольковом раке *in situ*, радиальном рубце с атипией: секторальная резекция МЖ.

Показания для госпитализации и выписки

- Показание для госпитализации: невозможность амбулаторного обследования и лечения.
- Медицинская реабилитация.
- Специфическая реабилитация не разработана.

Профилактика

- С целью профилактики ДДМЖ:
 - поддержание оптимального ИМТ;
 - ограничение употребления кофе, чая, шоколада, какао, коллы;
 - ограничение употребления животных жиров и мяса;
 - употребление продуктов, богатых клетчаткой;
 - отказ от алкоголя от менархе до первых родов;
 - лечебная физкультура;
 - использование комбинированных препаратов для МГТ не более 8 лет.
- С целью профилактики РМЖ:
 - оценка наличия факторов риска РМЖ;
 - повышение физической активности;
 - употребление животных жиров и мяса не более трёх порций в день;
 - употребление продуктов, богатых клетчаткой;
 - кормление грудью (при отсутствии противопоказаний);
 - при атипической гиперплазии МЖ в возрасте старше 35 лет — антиэстрогены (назначает онколог);

- при мутациях *BRCA 1, 2* и наличии изменений в МЖ, сопровождающихся выраженной гиперплазией, атипией эпителия, может быть предложена риск-редуцирующая мастэктомия (показания определяет онколог).

- Нет ограничений для назначения КОК при ДДМЖ (в том числе при мутациях *BRCA 1, 2* и РМЖ в семейном анамнезе).
- При неуточнённых образованиях МЖ преимущества КОК в основном превышают теоретический или доказанный риск, но необходимо незамедлительно уточнить диагноз.
- ДДМЖ не относят к противопоказаниям для назначения МГТ с минимальными эффективными дозами эстрогенов женщинам моложе 60 лет при длительности менопаузы менее 10 лет при ДДМЖ.
- Минимально эффективные дозы эстрогенов для препаратов с 17β-эстрадиолом или эстрадиола валератом 1–0,5 мг/сут, для трансдермальных препаратов — 14 мкг/сут.

Скрининг и диспансерное наблюдение

- Скрининг с оценкой данных визуальных методов по BI-RADS:
 - женщинам моложе 40 лет: без жалоб и факторов риска РМЖ — УЗИ МЖ 1 раз в 2 года, при наличии факторов риска и/или жалоб — ежегодно, при подозрении на патологические изменения — УЗИ МЖ и маммография;
 - женщинам 40–75 лет: маммография обеих МЖ в двух проекциях с двойным прочтением снимков 1 раз в 2 года.
- При оценке BI-RADS 1 (результат отрицательный), 2 (доброкачественные изменения) — диспансерное наблюдение акушером-гинекологом, при BI-RADS 4 (подозрительный результат), 5 (вероятно, злокачественное образование), 6 (злокачественное образование, подтверждённое при биопсии) — онкологом.
 - При простых кистах, оценке BI-RADS 2 по УЗИ, отсутствии жалоб (либо после исключения злокачественного процесса онкологом при наличии жалоб) — контроль акушером-гинекологом через 6 мес.
 - При кистах/узловых образованиях и оценке BI-RADS 1, 2, 3 — осмотр 1 раз в 3–6 мес и УЗИ МЖ 1 раз в 6–12 мес в течение 1–2 лет.
 - При солидном образовании МЖ, оценкой BI-RADS 3 и отсутствии подозрения на РМЖ — наблюдение акушером-гинекологом 1–2 года.
 - При необходимости — маммография.
 - При подозрении на РМЖ в процессе динамического наблюдения — биопсия (необходимость определяет онколог).

История одной спирали

Клинический случай отсроченной диагностики перфорации матки
внутриматочным контрацептивом



Авторы: Ирина Юрьевна Майскова, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог «Олимп Клиник» (Москва); Виктор Викторович Майсков, канд. мед. наук, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГКБ им. В.В. Виноградова (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Проверенные временем и не одним поколением людей приметы нередко помогают в быту и в жизни. Например, по легенде, **для быстрого поиска** потерянной в доме вещи достаточно с уважением обратиться к домовому со словами «поиграй и отдай» и оставить для него лакомство — конфеты или печенье. В числе других народных хитростей, якобы действенных для поиска пропаж, — завязать перед сном платок на ножке стола или стула, надеть халат наизнанку и, подпоясавшись красным поясом, начать подметать полы веником; поставить на кухонный стол блюдо, а на него перевернутую чашку и постучать по дну ложкой для усиления эффекта.

Увы, для диагностики гинекологических и акушерских состояний такие способы не подойдут: требуются **инструментальные методы обследования** и, что немаловажно, внимательное отношение специалистов к пациенткам.

Примером «потерь» в женском организме может быть **внутриматочная спираль**. Подобные ситуации хотя и редки, но всё же встречаются в практике акушеров-гинекологов. И хорошо, если «находки» удаётся быстро обнаружить сразу после установки или на очередном приёме пациентки в женской консультации. Гораздо хуже, когда **ситуация запущена и осложнена** развитием воспалительных процессов органов малого таза вследствие перфорации матки.

Находка 16-летней давности

В ноябре 2022 года к акушеру-гинекологу частной клиники обратилась пациентка С. 42 лет. За 5 дней до этого в городской клинической больнице №64 ей выполнили **эмболизацию маточных артерий (ЭМА)** по поводу миомы матки с субмукозным расположением

узла и геморрагическим синдромом. Во время операции в брюшной полости рядом с маткой **обнаружили инородный предмет**, напоминающий Т-образный внутриматочный контрацептив (ВМК) (рис. 1).

Из анамнеза. Менструации с 11 лет, по 5 дней через 28 дней, с 2021 года — **по 10 дней**. Беременностей три, родов трое, самопроизвольные.

Контрацепция. В 2011 году через 1,5 мес после родов пациентке установили ВМК, через день на контрольном осмотре врач не обнаружил его в полости матки при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Расценив ситуацию **как экспульсию**, ввели другой медьсодержащий ВМК (Cu-ВМК), который планово заменили в 2014 году и окончательно удалили в 2020 году. После этого пациентке рекомендовали комбинированные оральные контрацептивы, которые она принимала до 2022 года.

Перенесённые гинекологические заболевания: миома матки с 2020 года, геморрагический синдром.

Амбулаторно перед ЭМА пациентке выполнили **лабораторно-инструментальное обследование**, стандартное для хирургического вмешательства. По УЗИ: матка занимает срединное положение, размеры 78×53×67 мм. Миометрий неоднородной структуры, по передней стенке матки ближе к дну определили субмукозный (более 50%) миоматозный узел размерами 47×45×47 мм.

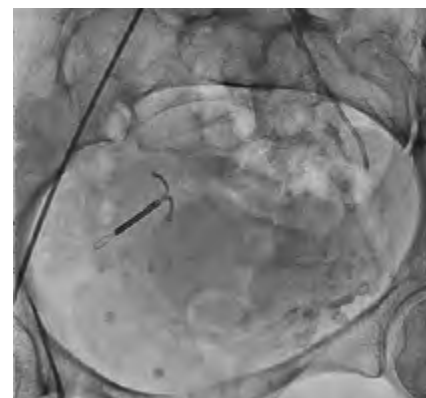


Рис. 1. Ангиограмма.



Рис. 2. Трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза.

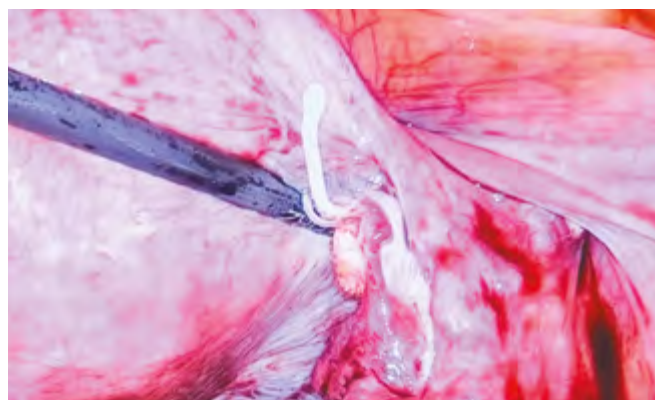


Рис. 3. Лапароскопия. Внутриматочный контрацептив в брюшной полости.



Рис. 4. Лапароскопия. Вид после тубэктомии справа.

Эндометрий до 3 мм. Яичник справа — 21×8×12 мм, в срезе один фолликул 6 мм; яичник слева — 22×13×11 мм, в срезе один фолликул 6 мм. Патологических образований и инородных тел в малом тазу выявлено не было.

После ЭМА (и обнаружения инородного предмета) для уточнения диагноза и локализации ВМК пациентке выполнили магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза, на которой ВМК также визуализировать не удалось. Во время компьютерной томографии (КТ) органов малого

таза и **прицельного УЗИ после ЭМА** удалось увидеть ВМК в проекции правой маточной трубы (рис. 2).

Врачи приняли решение **удалить ВМК лапароскопическим доступом**: во время операции обнаружили Т-образный Cu-ВМК в области правого маточного ребра, расположенный перпендикулярно телу матки между собственной связкой яичника и правой маточной трубой. К связке яичника была интимно подпаяна жировая подвеска толстой кишки (рис. 3). ВМК удалили, также по просьбе пациентки одновременно осуществили **хирургическую стерилизацию** — билатеральную тубэктомию (рис. 4).

Послеоперационный период протекал гладко, пациентку выписали из стационара на 2-е сутки после хирургического вмешательства. Гистологическое исследование удалённого материала выявило хронический сальпингит.

Контрацепция с последствиями

Согласно руководству Всемирной организации здравоохранения по планированию семьи (2008), промежуток времени между рождением ребёнка и наступлением следующей беременности должен составлять **не менее 2 лет**¹. Короткий интергенетический интервал (менее 6 мес) связан с **повышенным риском заболеваемости и смертности** как для матери, так и для плода, а именно преждевременных родов, преждевременного разрыва плодных оболочек и низкого веса при рождении^{2–4}. При интергенетическом интервале менее 12 мес у детей чаще диагностируют аутизм и шизофрению⁴. Кроме того, женщины в этот период нередко страдают депрессивными расстройствами, что усугубляется, если беременность оказалась незапланированной.

Учитывая, что большинство семейных пар возобновляют интимные отношения к моменту окончания послеродового периода (6 нед), вопрос надёжной **продолжительной обратимой контрацепции** (long-acting reversible contraception, LARC) становится особенно актуальным⁵. К таким методам относят внутриматочные средства и подкожные имплантаты с этоноргестрелом.

Выбор того или иного метода защиты от нежеланной беременности в послеродовом периоде зависит от многих факторов, ведущий из которых — **наличие или отсутствие грудного вскармливания**. Установлено, что у не кормящих грудью женщин овуляция может восстанавливаться уже на 27-й день пуэрперия. Если мать не прикладывает ребёнка к груди, её следует проконсультировать о **необходимости начать использовать контрацепцию** в течение 3 нед после родов.

Традиционными и наиболее доступными в России методами контрацепции по-прежнему считают презервативы и спермициды⁶. Однако в последние годы популярность приобретают LARC, которые в **3,9 раза лучше** барьерных методов обеспечивают рекомендованный интергенетический интервал⁷. К ним, разрешённым в послеродовом периоде, можно отнести чисто прогестиновые препараты и ВМК. По данным Бюро народонаселения мира (Population Reference Bureau, PRB), ВМК — второй по популярности метод

Бюро находок

В научной литературе описано немало интересных клинических случаев потери ВМК в недрах организма женщин. Так, в одном из них ВМК находился в матке **более 50 лет**⁸. Пациентку 74 лет госпитализировали в лечебное учреждение из-за стрессового недержания мочи. В анамнезе у женщины было двое родов и уже около 20 лет назад наступила менопауза. В ходе обследования на УЗИ обнаружили атрофичные яичники, матку нормальных размеров и формы, однако в полости органа визуализировали **внутриматочное устройство по типу петли Липпса**. Как выяснили специалисты, ВМК ввели несколько десятилетий назад. За это время было несколько неудачных попыток извлечь его, но в целом спираль женщины не мешала, никаких симптомов не возникало, поэтому она о ней забыла. В ходе операции по поводу недержания мочи установили трансобтураторную петлю, а также **заодно выполнили эвакуацию ВМК** и выскабливание матки. Гистологическое исследование не выявило никаких отклонений, послеоперационный период прошёл без осложнений, и через 2 дня пациентку выписали из стационара.

Первые внутриматочные устройства по типу петли Липпса начали использовать в 1962 году и широко применяли до 1980-х годов. Это пластиковое устройство трапецевидной формы с двойной петлёй плотно прилегало к контурам полости матки, препятствуя зачатию. По утверждению некоторых экспертов, такие контрацептивные девайсы можно было применять длительно. В описываемом случае длительное (**полвека!**) использование ВМК никак не повлияло на здоровье женщины, и спираль **обнаружили совершенно случайно**, однако в других случаях возникали осложнения, такие как **маточные кровотечения в постменопаузальный период** и воспалительные заболевания органов малого таза. В числе причин — миграция устройства в стенку матки, а также хроническая воспалительная реакция эндометрия.

В любом случае появление кровотечений из половых путей женщин старшей возрастной категории **должно насторожить специалиста**, поскольку подобные симптомы могут свидетельствовать об изменениях в эндометрии. В этом случае пациентку следует отправить на обследование, включающее визуализацию эндометрия с помощью гистероскопии.

Ещё более удивительной выглядит история пациентки, у которой подобным образом **обнаружили сразу два ВМК**⁹. Женщину 36 лет направили в клинику лечения бесплодия, поскольку на протяжении 4 лет она не могла забеременеть. В анамнезе — две беременности и двое родов. Впервые ей установили ВМК (петля Липпса) через 6 нед после первых родов, когда она ещё кормила грудью. Через 2 года она забеременела, но при вагинальном исследовании **нити ВМК не обнаружили**, из чего сделали вывод, что устройство удалено. Женщина выносила беременность без осложнений, родила, и через 6 нед после вторых родов ей установили второе такое же устройство. Спустя

по итогам которой лапаротомически обнаружили, что устройства **аггезировались к листку большого сальника** в правой части таза.

Забытые спирали могут мигрировать и в другие органы брюшной полости, как произошло с 38-летней пациенткой, предъявлявшей жалобы на боль в области таза, частые позывы к мочеиспусканию и появление крови в моче¹⁰. За 16 лет до этого женщине установили ВМК, а спустя 3 года у неё развились **тазовый абсцесс и сепсис**, вызванные **перфорацией матки**. Врачи провели экстренную гистерэктомию, удалив также яичники и фаллопиевы трубы. А что же стало со спиралью? Как выяснилось, после операции женщину ничто не беспокоило, и только **при более детальном обследовании** по поводу дизурических расстройств врачи обнаружили свободно перемещающийся **камень в мочевом пузыре**. Специалисты удалили грубую **кальцинированную массу** размерами 5,2×4,5×1,5 см, разбив которую увидели неповреждённый ВМК, который был полностью окружён кальцинированной массой.

[Забытые внутриматочные контрацептивы могут мигрировать не только в стенку матки, но и в другие органы брюшной полости, а также становиться причиной непроходимости и перфорации кишечника.]

2 года пациентка приняла решение родить ещё одного ребёнка, в ходе обследований ни одну из спиралей не обнаружили. Через 4 года **безуспешных попыток забеременеть** её направили в специализированное учреждение, однако в ходе сонографического исследования органов малого таза ВМК не визуализировали. Только с помощью рентгенологического исследования брюшной полости и таза удалось визуализировать два ВМК типа петли Липпса, расположенных в правой части таза. Пациентке выполнили гистеросальпингографию,

Забытый ВМК может стать причиной **непроходимости и перфорации кишечника**. Так, пациентке 41 года, попавшей в медицинское учреждение с трубной беременностью, провели экстренную сальпингэктомию слева¹¹. Внутривентриально обнаружили кровеносный сосуд, часть которого полностью прорвалась в сигмовидную кишку. Специалисты выполнили сигмовидную колотомию и успешно удалили ВМК. В дальнейшем стало известно, что женщине установили спираль **12 лет назад** и с тех пор «благополучно» об этом... забыли.

контрацепции после женской стерилизации, который выбирают около 14% пользовательниц¹².

Тем не менее важно помнить о противопоказаниях и факторах риска использования подобных девайсов. Так, **сроки введения ВМК** (в течение 36 нед после родов) прямо пропорциональны вероятности развития осложнений — экспульсии и **перфорации матки**. К факторам риска перфорации относят также неадекватную технику установки и **лак-тацию**¹³. По данным литературы, частота нарушений целостности стенки органа при введении внутриматочных систем, содержащих левоноргестрел (ЛНГ-ВМС), составляет 0,3–2,6 на 10 тыс. введений, а Cu-ВМК — 0,3–2,2 на 10 тыс.¹⁴

Основной клинический симптом при перфорации матки — **болевой синдром**, его отмечают у 35% пациенток, у остальных какие-либо признаки отсутствуют.

Подтвердить предполагаемую перфорацию можно с помощью **трансвагинального УЗИ и/или рентгеновского исследования** брюшной полости, обычно этого достаточно для диагностики осложнения¹⁵, а КТ и МРТ показаны при подозрении на повреждение висцеральных органов¹⁶.

Возможны и другие осложнения. Так, хотя и редко, но в медицинской практике бывают случаи повреждения кишечной стенки и перитонита^{17,18}. Спайкообразование встречаются у 30% женщин, это осложнение имеет ограниченный характер и более свойственно для Cu-ВМК¹⁶.

Что говорят цифры?

Срок введения ВМК после родов имеет большое значение. В одном из исследований было показано **6-кратное увеличение риска** перфорации матки (6/1000) при установке ВМК в послеродовом периоде. Среднепопуляционный риск

[Подтвердить предполагаемую перфорацию стенки матки можно с помощью трансвагинального УЗИ и/или рентгеновского исследования брюшной полости, обычно этого достаточно для диагностики осложнения.]

перфорации составляет 1/1000, тогда как в период до 36 нед после родов он увеличен в 2 раза¹⁹.

В работе авторов из США, опубликованной в январе 2022 года по результатам исследования с участием 24 959 пациенток, перфорацию или экспульсию ВМК, введенного после родов, обнаружили у 157 и 273 пациенток соответственно. Перфорацию матки чаще диагностировали в группе женщин **через 4–8 нед после родов**, чем через 9–36 нед (0,78 и 0,46%; $p=0,001$). При этом частота экспульсии ВМК не имела достоверных отличий по группам (1,02 и 1,17; $p=0,52$). Частота нарушений целостности стенки матки была выше у кормящих пациенток (1,95–10,33; $p=0,001$), у повторнородящих (более двух родов; 1,09–2,52; $p=0,02$), после кесарева сечения (1,08–2,6; $p=0,02$) и при индексе массы тела более 30 (1,04–2,34; $p=0,03$)⁵. Клиническая картина перфорации матки включала болевой симптом (35%), отсутствие нитей ВМК (12,1%), но более чем у трети пациенток (36,3%) состояние протекало **бессимптомно**⁵.

Исследователи отметили более высокий риск осложнений у **кормящих женщин (в 6 раз выше)** без отличий по типу ВМК. Кроме того, частота перфорации была также прямо пропорциональна послеродовому интервалу: 5,6 на 1000 при введении ВМК у кормящих женщин менее 36 нед после родов (95% ДИ 3,9–7,9) и 1,6 на 1000, если ВМК устанавливали спустя более 36 нед (95% ДИ 0,0–9,1). В группе не кормящих эти показатели составили 1,7 (95% ДИ 0,8–3,1) и 0,7 (95% ДИ 0,5–1,1) соответственно¹⁹.

Из 75 пациенток с перфорацией матки ВМК у 11 наступила беременность (15%): у десяти маточная, у одной — трубная, чаще в группе участниц с Cu-ВМК (33%), чем в группе с ЛНГ-ВМС (7%). У десяти женщин ВМК располагался в брюшной полости, у одной — интрамурально.

Пациентке с трубной беременностью на фоне ЛНГ-ВМС выполнили лапароскопическую тубэктомию. Пять (45%) пациенток предъявляли жалобы на боли и кровяные выделения на фоне беременности. У двух женщин гравидарный период на фоне перфорации Cu-ВМК закончился благополучно, семь (четверо с Cu-ВМК и трое с ЛНГ-ВМС) — прервали гестацию, у одной (с Cu-ВМК) — произошёл самопроизвольный выкидыш.

Извлечение ВМК выполнили лапароскопически (у 72% женщин в группе ЛНГ-ВМС и 58% — в группе Cu-ВМК), лапаротомию — 3 и 5% пациенток соответственно. При частичной перфорации матки ВМК удалили трансвагинально путём потягивания за нити (12 и 21% соответственно). Травм органов брюшной полости и перитонита не зафиксировали¹⁹.



Использование внутриматочных спиралей, защищающих от нежеланной беременности, у пациенток после родов **не противопоказано**. Однако необходим **обязательный ультразвуковой контроль** введения контрацептива **как сразу** после манипуляции, **так и отсроченно** и, конечно, **просветительская работа и консультирование** пациенток о возможных осложнениях. Такая тактика позволит значительно снизить риски осложнений, повреждений органов и **вынужденного** хирургического вмешательства для извлечения инородного тела. **SP**

[У кормящих женщин вероятность осложнений в 6 раз выше вне зависимости от типа внутриматочного контрацептива. Кроме того, частота перфорации прямо пропорциональна послеродовому интервалу.]

Библиографию см. на с. 80–86.

БАЛЛАМ НМО — БЫТЬ!

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ (2023)*



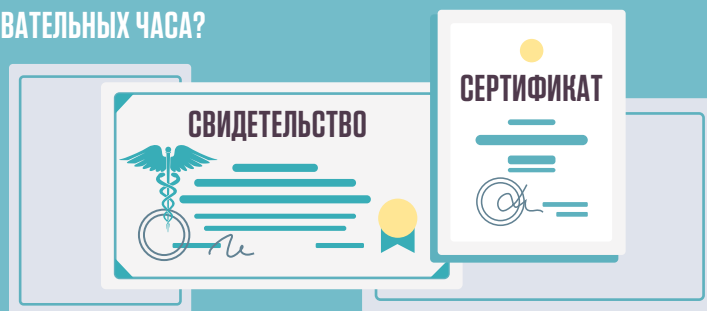
**1 января
2023 года**

вступило в силу
обновлённое положение
об аккредитации
специалистов

- Периодическая аккредитация 1 раз в 5 лет
- Количество часов/баллов НМО за отчётный период — 144 ч

- Только портфолио
- 1 балл НМО = 1 час обучения
- Минимум 72 ч за счёт программ повышения квалификации (ПК)

КАК НАБРАТЬ 144 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧАСА?



БАЛЛЫ НМО НЕ ОТМЕНИЛИ! ОНИ ПО-ПРЕЖНЕМУ НУЖНЫ

ОДИН (144 ч) ИЛИ НЕСКОЛЬКО ЦИКЛОВ ПК



Такая разная аккредитация...

- **Первичная** для выпускников высших учебных заведений: тестирование, практические навыки, ситуационные задачи
- **Первичная специализированная** для прошедших обучение в ординатуре или на курсах профессиональной переподготовки: тестирование, практические навыки, ситуационные задачи
- **Периодическая**

72 ч ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОНЛАЙН- И/ИЛИ ОЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С НАКОПЛЕНИЕМ БАЛЛОВ НМО И 72 ч ПК

Система баллов НМО **существенно удобнее** — до 72 ч обучения можно пройти дома или на работе



- +** Самостоятельное **формирование индивидуальной учебной траектории** — возможность выбирать те вебинары, конференции, школы, которые соответствуют **профессиональным интересам**
- Данные о каждом пройденном мероприятии необходимо лично вносить на **портал непрерывного образования** (edu.rosminzdrav.ru)



Специалист подаёт портфолио с подтверждающими документами онлайн или почтой. **Центральная аккредитационная комиссия** оценивает портфолио дистанционно

ВЫВОД: Баллы НМО прочно вошли в жизнь медиков. Специалист сам выбирает, **где, когда и как** проходить обучение. Обязуют ли врачей проходить оценочные мероприятия — неизвестно.